

SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

HISTÓRIA, USOS E SENTIDOS
NA REFORMA PSIQUIÁTRICA

DISETE DEVERA

**CULTURA
ACADÊMICA** 
Editora

Supervisão clínico-institucional: história, usos e sentidos na Reforma Psiquiátrica

Disete Devera

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

DEVERA, D. *Supervisão clínico-institucional: história, usos e sentidos na Reforma Psiquiátrica* [online]. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2024, 170 p. ISBN: 978-65-5954-444-8.

<https://doi.org/10.7476/9786559544448>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

*Conselho Editorial Acadêmico da
Fundação Editora da Unesp*

Luís Antônio Francisco de Souza
Marcelo dos Santos Pereira
Patricia Porchat Pereira da Silva Knudsen
Paulo Celso Moura
Ricardo D'Elia Matheus
Sandra Aparecida Ferreira
Tatiana Noronha de Souza
Trajano Sardenberg
Valéria dos Santos Guimarães

*Conselho do Programa de Pós-Graduação
responsável por esta publicação*

Silvio Yasui (coordenador)
Fernando Silva Teixeira Filho (vice-coordenador)
Danilo Saretta Veríssimo
Silvio José Benelli

DISETE DEVERA

SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

HISTÓRIA, USOS E SENTIDOS NA
REFORMA PSIQUIÁTRICA

**CULTURA
ACADÊMICA** 
Editora

© 2024 Editora Unesp

Cultura Acadêmica

Praça da Sé, 108
01001-900 – São Paulo – SP
Tel.: (0xx11) 3242-7171
Fax: (0xx11) 3242-7172
www.editoraunesp.com.br
www.livrariaunesp.com.br
atendimento.editora@unesp.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Elaborado por Vagner Rodolfo da Silva – CRB-8/9410

D491s Devera, Disete

Supervisão clínico-institucional [recurso eletrônico] : história, usos e sentidos na Reforma Psiquiátrica / Disete Devera. – São Paulo : Cultura Acadêmica, 2024.

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-65-5954-444-8 (eBook)

1. Psiquiatria. 2. Supervisão clínico-institucional. 3. Análise institucional. 4. Atenção Psicossocial. 5. Saúde mental. 6. Reforma psiquiátrica. I. Título.

CDD 616.89

2024-1263

CDU 616.89

Índice para catálogo sistemático:

- 1. Psiquiatria 616.89
- 2. Psiquiatria 616.89

Este livro é publicado pelo Programa de Publicações Digitais da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP)

Editora afiliada:



À Stella Maris Chebli
O fundamento do tempo é a memória.

Gilles Deleuze

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a todos que imprimiram em mim suas marcas, configurando assim sua existência nesse percurso.

À Universidade Estadual Paulista (Unesp), câmpus de Assis, pela formação pessoal e profissional ao longo de mais de três décadas. Em especial, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela disponibilidade e pelos auxílios e orientações.

A Silvio Yasui, agradeço pela confiança em meu trabalho, pelo respeito, por me acompanhar nas vielas das leituras que empreendi, também ao longo do caminho que tracei e pelo qual fiz-me outra de mim mesma. Encontrei em você um orientador apaixonado pela arte da vida, inspirador de ótimas conversas, viagens e interlocuções muito potentes. Agradeço por ter instigado meu trabalho desde o início, sempre com disponibilidade e cuidado, me ensinando sobre a potência da vida que existe no campo da Saúde Mental Coletiva.

Às queridas Simone Paulon (UFRGS) e Elizabeth Lima (USP).

Às queridas e querido, Simone Paulon (UFRGS) e Elizabeth Lima (USP), Juliana Aleixo (Cândido Ferreira) e Bruno Emerick (Unicamp), pelo acolhimento e valiosas contribuições na leitura, avaliação, sugestões e disponibilidade em compartilhar comigo desse momento. Trazendo as contribuições de um olhar crítico

embarcando nessa minha aventura com tantos saberes entrelaçados e lidar tão bem com eles.

A todos os entrevistados da pesquisa: Ana Pitta, Pedro Gabriel, Delgado, Sandra Fagundes, Ana Marta Lobosque, Luciano Elia, Isabel Marazina, Emerson Merhy, e nossa querida anônima, aqui nomeada de Maria, que muito generosamente compartilharam suas experiências de vida, cenas, memórias, narrativas, sem as quais não seria possível a ampliação do conhecimento sobre as histórias, usos e sentidos da Supervisão Clínico-Institucional no Brasil, produzida a muitas mãos a partir da tese, que hora culmina nesse livro.

À Isabel Marazina e Elizabeth Lima, respectivamente pelo pré e posfácio, pelo cuidado, generosidade, riqueza e clareza com que fazem a diferença na proposição deste livro.

À Solange L'Abbate e todo o diretório de pesquisa Análise Institucional e Saúde Coletiva da Unicamp, o qual conta com a participação de tantos colegas da Escola de Enfermagem (UFF), do Instituto de Saúde da Comunidade (CMS/UFF), do Instituto de Psicologia (USP), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP/Eerp), da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (USP/RIB. Preto), da Universidade Federal de Goiás (UFG), da Universidade Nove de Julho (Uninove), do Hospital das Clínicas (UFMG), da Escola de Enfermagem (UFMG), do Departamento de Enfermagem (Ufscar), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), da Universidade Estadual de Maringá (UEM), da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (Facisa/UFRN), da Université de Cergy-Pontoise (U-Cergy) e da Faculdade de Educação São Luís (FESL), Câmpus Baixada Santista (Unifesp). Sou grata pela oportunidade de participar das aulas e das discussões com o diretório, encontros que trouxeram muitos questionamentos pertinentes aos caminhos que tocaram e resultaram neste livro.

A todos meus analistas, que ao longo da minha vida me acompanharam na escuta do silêncio em meio às tantas falas que me habitam... A todos meus analisandos, que de forma singular lapidaram e lapidam minha escuta ao longo desses 30 e tantos anos

de prática clínica. A todas as equipes que forjaram a supervisora clínico-institucional em permanente formação que me tornei. Aos supervisionandos e ex-supervisionandos, alunos e ex-alunos, pelas questões ingênuas que geralmente são as que nos convocam à arte de compartilhar saberes, aprendendo sempre. Que em suas existências configuraram em minha a paixão pela pesquisa como instrumento de transformação coletiva, sob a égide da Psicologia como ciência e profissão.

À toda minha família, em especial ao meu filho Victor que com o frescor de sua perspicaz e carinhosa sabedoria me acompanha nos desafios da vida, na construção de um mundo onde a alteridade seja uma experiência verdadeiramente coletiva.

Por fim, a todos os corpos que transbordaram dentro do meu, transmutando-me sempre.

SUMÁRIO

Prefácio, por *Isabel Marazina* 13

- 1 Das inquietações iniciais à tese 17
- 2 O paradigma psiquiátrico 25
- 3 Da prática para a teoria: em busca de um paradigma
para a transformação da atenção
em saúde mental 33
- 4 Resgatando cidadanias 41
- 5 Da psicanálise no Brasil e outras inspirações 49
- 6 Diálogos e interfaces entre SCI e AI 53
- 7 Implicação, sobreimplicação e análise da implicação:
ferramentas do trabalho com grupos e instituições 59
- 8 Indissociabilidade entre prática e teoria:
a SCI e processos formativos 67
- 9 SCI e a Política de Saúde Mental no Brasil 75
- 10 Memória como um fio de novelo repuxado em
tranças e entrelaçamentos 97
- 11 Usos e sentidos da Supervisão Clínico-Institucional 141

Posfácio, por *Elizabeth Lima* 151

Referências 155

PREFÁCIO

Isabel Marazina

Uma enorme satisfação acompanha a escrita desse prefácio. Não somente porque a escolha da autora me honra particularmente, mas porque também me honra participar na construção que deu à luz um dos textos mais rigorosos e completos sobre a prática da Supervisão Clínico-Institucional no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Na Introdução, Disete Devera relembra, quando abre o apartado das ferramentas da análise institucional para trabalhar com grupos e instituições, de um momento de inícios da adolescência onde recebia o qualificativo de implicante, para se referir, na visão de alguns adultos a uma posição dura na sustentação de seus quereres.

Turrona, ela diz, jogando com a dupla significância: “Implicante... implicada”. Nada mais verdadeiro. Esse trabalho é a amostra mais fiel da sua capacidade de manter uma relação de intenso investimento com o seu objeto de pesquisa, relação que vemos ser atravessada pela afeição e lealdade que lhe são próprias e que lhe servem para aprofundar suas questões e suas procuras. Sua escolha metodológica nos fala de uma decidida aposta na vertente micropolítica, se utilizando de entrevistas cuidadosamente escolhidas para poder falar da SCI e os percursos da sua institucionalização no Brasil.

O percurso deste texto reflete a *inusual* trajetória da autora. E sublinho inusual, porque raramente podemos encontrar um

caminho que se inicia na prática clínica dentro dos equipamentos da Rede, que se abre para a gestão de equipamentos de forma precoce (ela mesma relembra da jovem impetuosa de trinta anos gerenciando o Programa Municipal de Saúde Mental de Rio Claro), um caminho que atravessa anos de experiência de gestão em diferentes instâncias e que derrama toda essa experiência de linha de frente numa construção teórica que compartilha com os alunos, numa nova volta de espiral, no seus anos docentes.

Disette Devera, nesse sentido, rompe com alguns percursos/eixos de sentido que norteiam as práticas no campo da saúde no Brasil e que geralmente colocam os profissionais que sustentam a atenção muito afastados dos espaços de produção de pensamento, concentrados nas universidades, na quase totalidade. Disette leva a consistência de uma experiência carnal feita no acompanhamento da dor da paciente que delirava um parto ali onde aparecia a mutilação, e a põe a pensar com pensares que vai achando na sua procura. Se apoia numa psicanálise que não se reduz à prática elitista das sociedades oficiais, mas que potencia sua escuta em conluio com a política, a filosofia, a poesia, a arte em suas diversidades, a vida, enfim. Diria Franco Berardi que Disette erotiza seu percurso com uma permanente produção de interrogantes e de invenções. Nesse sentido, o encontro com Stella Chebli potencializou essa procura, e me deixa outra satisfação, que foi a de haver propiciado esse agenciamento que fortaleceu nela a percepção que sim, pode haver uma ética de cuidado possível e rigorosa, não somente do universo dos pacientes mas também, e tão necessário quanto, do universo de aqueles que cuidam.

Me ocorre pensar que a autora se localizou, em relação ao dispositivo da Supervisão Clínico-Institucional, na encruzilhada de duas posições que vinham de práticas diferentes no campo da saúde mental. Práticas ancoradas na forma em que as sociedades em que se desenvolveram foram produzindo saberes e lugares. Relembro Boris Fausto, num texto de 2008, em que dialoga com outro grande historiador argentino, Fernando Devoto, dizendo “Brasil tem mais estado, mas Argentina tem mais sociedade”.

Nessa linha, é interessante observar que grande parte dos entrevistados brasileiros que Disete escolhe são adscritos fortemente a instituições universitárias, com carreiras acadêmicas de peso, não sendo esse o caso dos referentes argentinos, que transitam outras redes de produção e formação. A totalidade desses referentes se veem marcadas por uma formação psicanalítica, e não são prioritariamente psiquiatras nem sanitaristas. Mas o que me interessa destacar é que nesses referentes, a prática da formação dentro dos serviços marcou intensamente sua forma de trabalho. Tanto assim, que, até hoje, os locais de trabalho, prioritariamente os serviços de saúde mental dos hospitais gerais, como o Hospital Amghino, Hospital Piñeiro, Hospital Posadas etc., são os referentes em matéria de formação em saúde mental de inúmeros estagiários que concorrem para ocupar uma vaga “ad honorem” (isto é, de graça) no cotidiano desses serviços, onde recebem formação em serviço, geralmente de orientação psicanalítica.

Essas práticas, sem dúvida configuram posições de variadas nuances em relação ao dispositivo que nos convoca, nuances que se entenderão à medida que as entrevistas vão nos localizando nos eixos que Disete escolhe e que serão desenvolvidos amplamente no processo de análise que se segue, em que ela estabelece “diálogos entre as diferentes posições narrativas de cada um dos participantes”. Assim, retomando sua fala, “ao colocar em questão a história, os usos e sentidos da SCI, pudemos fazer desta pesquisa-intervenção um dispositivo para acompanhar a dimensão processual da institucionalização da SCI no Brasil”.

No mesmo processo, Disete cuida de acompanhar a forma em que essa construção se expressa através das escassas determinações oficiais sobre a SCI, e nos esclarece sobre como a história da prática se desenvolve de forma autônoma desse caminho oficial, que sem dúvida também contribui para seu fortalecimento. Considero também que essa forma de intervenção do poder público evidencia a escassa importância da Supervisão Clínico-Institucional para a maioria dos gestores. Assim como temos também gestores, que, como no relato de Ana Pitta, vão procurar em fontes diversos

subsídios para pensar formas e ferramentas de intervenção. Assim, Ana relata seus contatos com Fernando Ulloa, Ana Sigal, Mario Fuks, que vinham de uma prática psicanalítica fortemente atrelada ao espaço dos hospitais gerais em Argentina. Mario Fuks em particular, foi residente do Hospital Lanus, onde se estabeleceu o primeiro espaço psicanalítico no hospital público em Buenos Aires, nos idos de 1970, sob a égide de Mauricio Goldenberg.

A construção de Disette também vai no sentido de subsidiar sua fecunda prática com recursos teóricos que permitam estabelecer um chão sólido dentro de um campo que, como a maior parte de dispositivos da Reforma Psiquiátrica estava ainda se configurando. Assim, em outro de seus encontros decisivos, ela toma elementos do movimento institucionalista, mais precisamente da corrente da Análise Institucional, e vai desenhando o campo da SCI em uma trama que conta com os fios da psicanálise, a análise institucional, leituras da genealogia foucaultiana, as ferramentas da grupalidade e de outros dispositivos coletivos de intervenção...

Sua trama é densa, rica e operativa. Ela, sem demora, a põe a trabalhar nos diversos espaços onde desenvolve sua prática e vai densificando e enriquecendo ainda mais sua operatividade. Por essa e outras, entendo que esse texto é resultado de seu percurso singular e mais ainda, uma ferramenta indispensável para todo aquele que se sinta atraído pela possibilidade de exercer a tarefa da Supervisão Clínico-Institucional. Acho que se trata de um verdadeiro guia de percurso, cheia de recursos que Disette cede, generosamente, numa construção sempre aberta e sujeita, como todas as construções possíveis dentro de nosso campo de trabalho, às reformulações necessárias para novas operações. Nosso saber se constrói numa decidida aposta pela abertura e a incompletude, seguindo os passos que o inconsciente e a política do Eros nos apontaram.

Vai meu agradecimento por essa obra, que concentra e traduz grande parte da minha constante preocupação pela formação dos agentes de saúde mental, que se constitui, segundo entendo, como a única garantia possível para o crescimento vigoroso de uma rede de cuidados em liberdade.

1

DAS INQUIETAÇÕES INICIAIS À TESE

Ao ingressar no doutorado propus como projeto de pesquisa investigar a potência do campo de estágio em Psicologia Clínica na Saúde Mental Coletiva para a formação de futuros psicólogos, bem como sua implicação no contexto da mudança paradigmática pertinente à Atenção Psicossocial. Com esse intuito, a proposta inicial contemplava o uso do referencial teórico-metodológico da Análise Institucional (AI) e da Pesquisa-Intervenção tendo em vista a coerência com o objeto de pesquisa, e tinha como metodologia a análise dos diários de campo dos atores envolvidos no processo de mudança paradigmática pertinente às práticas profissionais do campo da Atenção Psicossocial e da AI. Nesse sentido, a primeira versão do projeto se apresentava como possibilidade de pensar o fazer no processo formativo, lançando mão do campo de estágio em Psicologia Clínica na Saúde Mental Coletiva como ferramenta potente na formação dos profissionais comprometidos ética e politicamente com o referido paradigma. Identifico que minha ligação com o compromisso na formação de profissionais começa antes.

Quando cheguei à Unesp de Assis, oeste paulista, para cursar Psicologia, em 1985, a sensação era que 1983 havia sido ontem. O movimento que enfrentou o autoritarismo na escolha da nova diretoria universitária e exigiu que fosse feita por votação direta

no câmpus é um marco na história da democracia acadêmica, diretamente ligado às transformações que o país vivenciava e que culminariam com as Diretas Já, em 1984. A reverberação dessa luta marcou minha história de vida. A Unesp de Assis me pariu cidadã. Entrei com 19 anos, uma menina, mas já com uma postura crítica – ninguém entra ali de bobeira. Hoje me reconheço absolutamente comprometida com as políticas públicas. E minha relação com a universidade é feita de ciclos de afastamento e aproximação. Concluí a graduação em 1989, voltei em 2002 para fazer o mestrado e, depois, em 2017 para o doutorado. Sou filha de carteira assinada de Assis. A partir da minha vivência naquele câmpus, minha busca passou a ser essa: viver no mundo, fazendo dele um lugar da práxis, sempre retornando para a Unesp de Assis para organizar e sistematizar o vivido e dar um novo salto, com esse viés de leitura crítica da realidade, comprometida com direitos humanos, cidadania, com compromisso com a vida. Esse grito de 1983 foi um grito de existência: o que a gente quer? O que queremos construir efetivamente para as transformações?

Em 2023, participei do evento de celebração dos 40 anos do movimento de 1983, chamado “Aqui estávamos, aqui estamos”, que foi uma leitura de grande reconhecimento do pertencimento. Entendi ali que é como se a vida fosse feita de grandes vácuos e os retornos à universidade são o que fazem a vida pulsar no corpo. A Unesp é local dessa mágica, lugar de atemporalidade, onde a vida não para, mas a intensidade do vivido traz para esse compromisso com a sua coerência, para o que efetivamente produz vida para as vidas. Já em minha graduação, aprendi que a revolução se faz no micropolítico, a cada movimento, a cada pontuação. Após três décadas de vida profissional entremeada pela acadêmica [...], hoje trabalho com Supervisão Clínico-Institucional de equipes de políticas públicas. Comecei na política pública da saúde mental, da Reforma Psiquiátrica e tenho um envolvimento importante com essa área. Trabalho no sentido de ampliar essas ferramentas da SCI para as outras políticas públicas, pois assim é possível fomentar e assumir a responsabilidade de produzir campos de reflexão e interrogações.

Ao longo do meu percurso profissional, me dedico ao compromisso com a formação de trabalhadores da saúde e bem-estar social. São para esses profissionais que procuro apontar: é no cotidiano literal, nas práticas do dia a dia, por mais redundante que pareça, que você produz transformações.

O trabalho do profissional da saúde não é, obrigatoriamente, saber responder, mas saber perguntar. É fazer a escuta do que é trazido e operacionalizar uma indagação, não como respostas de um lugar de saber absoluto, pelo contrário, é um lugar de não saber, porque quem sabe da própria história é o sujeito que a está vivendo. A professora que tenho sido e sou, eu aprendi a ser com os professores que tive na Unesp em Assis. São pessoas para a vida, são amigos, de uma riqueza de potência para a vida. Não há verbo que dê conta da intensidade da experiência. A tarefa de reverberar essa postura é uma convocação ético-política.

Este livro não é apenas resultado de uma tese de doutoramento, mas a resposta à convocação ético-política para a reverberação da produção de vida para as vidas. Olhar para meu percurso implica resgatar a própria jornada. Da jovem universitária, avanço para o final dos anos 1990, quando fui convidada a assumir a coordenação de saúde mental do município de Rio Claro, também no interior de São Paulo, inserindo-me em um cargo de gestão. Tinha 32 anos na época, talvez uma jovem atrevida e impetuosa, com o sonho de viver em uma sociedade sem manicômios e o desejo de começar essa transformação pela minha cidade. Uma cidade tradicional e provinciana onde o manicômio é nomeado como Casa de Saúde e é “limpinho”, “cheiroso” e querido pela população que, no entanto, entende que para cuidar é preciso trancar, divergindo dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Lembro-me de uma oficina de planejamento em que me foi perguntado o que eu sonhava para a saúde mental da cidade, sem que me preocupasse com as condições necessárias para realizá-lo. Respondi que minha ambição era ter um serviço 24 horas que respondesse com prontidão à crise,¹ para que ninguém mais

1 O substantivo *crise* advém do latim *crisis*, momento de decisão ou mudança súbita. “A palavra crise tem sido usada para indicar um processo que produz

precisasse ser trancado quando “descompensasse”. Foram quatro anos de muita dedicação e trabalho para implantar uma rede de serviços comunitários em saúde mental.

Em 2000, no quarto ano de coordenação do programa de saúde mental e com dez anos de carreira, retornei à universidade para fazer uma especialização. Todas as sextas-feiras passava o dia encontrando, compartilhando e me embevecendo com reflexões, questões, construções e trocas de saberes e experiências. Ir até a Rua Itapeva, onde se localiza o CAPS “Prof. Dr. Luiz da Rocha Cerqueira”, participar de um coletivo de gestores que, a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e a Universidade de São Paulo, por meio do curso de enfermagem, era responsável pela Especialização em Saúde Mental. Ao longo do curso interroguei toda a história dos meus quatro anos de gestão, o cotidiano das práticas onde estava mergulhada. Isso levou-me a pensar que lugar e que trabalho eram aqueles, que tipo de “trabalhar duro” demandava a Atenção Psicossocial. A questão que sustentava e ainda sustenta meus estudos dizia respeito ao processo de formação dos profissionais dessa área. Quem é esse trabalhador e quais as ferramentas para construir esse cotidiano de compromisso com a transformação ou transição paradigmática?

O compromisso ético já estava presente na dedicatória da monografia da especialização e se explicitou mais fortemente no primeiro

transformações e modifica a pessoa, no sentido de fazê-la superar momentos decisivos da vida; um evento que faz parte do percurso existencial, da relação com o mundo; um ressignificar. Este sentido da crise pode ou não implicar a irrupção de uma experiência dita psicótica. E o que nos interessa é, sobretudo, a que implica isso, por conta de suas consequências, já que em momentos anteriores da história do cuidado em saúde mental, em que havia forte influência de uma cultura hospitalocêntrica, tendo o hospital psiquiátrico como *locus* para esse tipo de demanda, o momento da crise era um indicativo para se iniciar uma carreira psiquiátrica seguida de internações recorrentes [...] como um processo de intenso sofrimento. Isto pode ser percebido no contato com muitas das pessoas que buscam os serviços de saúde mental. As experiências ditas psicóticas geram afetos que levam até os limiares da existência, produzindo intensidades de dor que são difíceis de serem suportadas” (Kinker; Moreira, 2021).

parágrafo de minha dissertação de mestrado, “A Reforma Psiquiátrica no interior do estado de São Paulo: Psiquiatria reformada ou mudança paradigmática?”, apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Unesp, para a obtenção do título de mestre em Psicologia e Sociedade, área Subjetividade e Saúde Coletiva, sob orientação do professor Abílio da Costa-Rosa. Ali afirmei que, para além de uma profissão, a Psicologia é uma ciência. No exercício dessa profissão e ciência – compreendendo o psicólogo como agente de transformação social, a Psicologia como uma profissão que convoca o compromisso com a reflexão de nossas práticas e o pensamento crítico como a construção cotidiana de uma práxis – são construídos saberes em que a prática é objeto de pesquisa e o campo da saúde mental o cenário dessa investigação, a qual tem compromisso ético com a cidadania e os direitos humanos. Ainda na dissertação, na parte final, discuti haver, no cotidiano das práticas, posições discursivas que explicitam as contradições presentes nos sujeitos ao misturarem referenciais antagônicos. Como exemplo apontei as condutas manicomiais em ações comunitárias, evidenciando que o lugar primordial de intervenção é a formação permanente dos trabalhadores desse campo.

Em 2004 iniciei minha atividade docente, incluindo a supervisão de estágios em clínica-escola e em psicologia clínica na saúde coletiva, centrando-me na área da Supervisão Clínico-Institucional (SCI) a partir de 2010. Meu percurso como trabalhadora do SUS, gestora e docente-pesquisadora configurou e configura uma oferta que precipitou a demanda pela supervisão de equipes de Atenção Psicossocial por alguns municípios do interior do estado de São Paulo, o que nos traz ao início do doutorado. A proposta que deu origem à pesquisa, concebida em 2016, foi apresentada e aprovada no processo seletivo de 2017, período em que o país experimentou certo desmonte dos direitos trabalhistas e sociais e a limitação dos investimentos públicos pelos 20 anos seguintes,² anunciando

2 Emenda Constitucional (EC) n.95, promulgada em 15 de dezembro de 2016. Conhecida como PEC da Morte (PEC 241/2016, quando em tramitação na

o sucateamento dos programas de governo em todos os âmbitos e abrindo caminho para o que hoje se apresenta como a devastação dos campos da saúde e da educação públicas, cujos efeitos se fazem sentir também no domínio privado, tensionando os espaços de trabalho (Delgado, 2019).

Ao longo dos anos de 2017 e 2018, amparada na proposta de pesquisa, argumentei que a ideia principal era a de dar voz ao discente/estagiário em uma ótica integradora, participativa e mergulhada nas realidades sócio-históricas de cada um, sendo que o protagonismo dos sujeitos convocaria a universidade a implicar-se neste processo por meio de uma (re)construção da formação dos profissionais de Psicologia. De 2018 para cá, entretanto, foi justamente essa “ideia principal” que vi arruinar-se como efeito de decisões tomadas no âmbito macropolítico, que transformaram o cotidiano acadêmico no qual o projeto se inseria em um meio hostil e marcado por demissões e não pagamento de salários, redirecionando o investimento em pesquisa para aquele em sobrevivência, realidade atualmente partilhada por inúmeros pesquisadores nas universidades brasileiras.

Tal contexto levou-me a ampliar minha atuação como supervisora clínica institucional, atividade que desenvolvo desde a primeira metade dos anos 2000, mas que somente a partir de 2015 vinha se intensificando, mais ainda depois de 2017. Essa decisão precipitou reflexões acerca do quanto a realidade brasileira, ou seja, a crise institucional disparada a partir de 2017, repercute de forma capilar em todos os campos da vida, do individual ao coletivo. Para além do ensino superior no setor privado, lócus de minha prática docente, o foco de minha indagação de pesquisa, que inicialmente era o de como construir, fomentar e sustentar processos de formação de trabalhadores implicados com o paradigma da Atenção

Câmara dos Deputados, e PEC 55/2016, no Senado Federal), essa EC institui novo regime fiscal no texto constitucional limitando as despesas e investimentos públicos aos valores gastos no exercício do ano imediatamente anterior, corrigidos pela inflação obtida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), pelos 20 anos seguintes à sua promulgação.

Psicossocial, passou a se dirigir também ao cenário de sucateamento das Políticas Sociais.

O deslocamento, produzido como enfrentamento dos limites institucionais da universidade onde atuava, pôs à mostra a falência da ideia principal do projeto apresentado, não porque o discente-estagiário tivesse deixado de ser relevante, mas porque a universidade havia, ela mesma, tornado insustentável os desdobramentos pertinentes ao campo de intervenção em suas vicissitudes. Tudo parecia indicar a urgência de olhar para o campo das práticas e para o cenário diretamente afetado pelos desdobramentos decorrentes das mudanças na gestão federal da saúde, que ameaçavam retroceder em relação aos avanços obtidos pela Reforma Psiquiátrica, levando-me a reformular a proposta de pesquisa, a qual apresentei no doutorado e nesta obra.

A presente obra deriva da tese de doutorado *Supervisão Clínico-Institucional: história, usos e sentidos na Reforma Psiquiátrica*, apresentada à Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de Doutora em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade), sob orientação de Silvio Yasui, em 2021. O ponto de partida foi uma série de questões: Como as instâncias de formulação de políticas públicas tratam do tema da SCI? Quais os instrumentos normativos que possibilitaram a institucionalização da SCI no SUS? Quais referenciais teórico-metodológicos embasam a prática da SCI na saúde mental brasileira? Com entrevistas não estruturadas e construção de biografemas, destacaram-se cenas, memórias e histórias trazidas por oito protagonistas da Supervisão Clínico-Institucional no Brasil. Os critérios de inclusão dos entrevistados foram: (1) ser ator significativo no processo de institucionalização da SCI; (2) constituir amostra capaz de contemplar a diversidade de experiências brasileiras nesse processo. que a utilização das narrativas como meio de produção de conhecimento evidencia que ciência e pesquisa devem ser transversalizadas pela macro e micropolítica.

Macropolítica é a insistência na redução da vida ao que é conhecido de maneira racional, enquanto micropolítica desenvolve-se no

que escapa a essa lógica – lugar onde se desenvolvem opressões ou deslocamentos criativos. Ao colocar em questão a história, os usos e sentidos da SCI, pudemos fazer dessa pesquisa-intervenção dispositivo para acompanhar a dimensão processual da institucionalização da SCI no Brasil.

As narrativas e as pesquisas na literatura pertinente mostram que a SCI se constitui como importante dispositivo de formação e qualificação das práticas de saúde mental, a fim consolidar a atenção psicossocial brasileira. Tentamos aqui construir um caleidoscópio onde a SCI acontece nas teias e arranjos da própria história da Reforma Psiquiátrica, não tendo, portanto, sua nascente na Portaria n.1.174, de 7 de julho de 2005, que constitui marco histórico nesse processo da institucionalização. O entrelaçamento também permitiu olhar para o lugar do supervisor como quem exerce função de terceiro e que opera o cuidado e compromisso com o enunciar do não dito. Assim, é ator do fomento de mudanças institucionais e de práticas profissionais, bem como potente componente de uma micropolítica de resistência aos retrocessos.

2

O PARADIGMA PSIQUIÁTRICO

Historicamente o paradigma psiquiátrico, que surge a partir da Revolução Francesa, ancorado em seus princípios e sob a regência de Pinel, instituiu o hospital como local de correção e penitência, fundando a vigilância e o controle do doente mental baseado na disciplina, ou seja, no tratamento moral (Resende, 1987; Pereira, 2004; Yasui, 2006). Ele apoiou-se no modelo médico- psiquiátrico, articulando em suas bases uma “terapêutica” de tratamento que se respaldou na hospitalização do sujeito, então doente, por ser um desviante das normas e carregar em si algo que reflete sua desrazão (Costa-Rosa, 2013; Amarante, 2007). Essa sistematização do cuidado determinou um modo de operar. O isolamento e a segregação foram as formas de responder à demanda social em vista da desrazão do sujeito desviante da ordem moral, instituindo métodos, suposições e problemas típicos que constituíram uma forma de manejo da situação-problema (a doença mental) e uma resposta a ela (a internação), definindo, assim, um paradigma que sustentou essa prática (Yasui, 2006).

No Brasil, segundo vários autores (Amarante, 1995; Costa, 1981; Figueiredo, 1996; Resende, 1987) aconteceram dois momentos importantes: a inauguração em 1852 do Hospício Pedro II (inaugurado pelo próprio imperador D. Pedro II) e o outro, após a

Proclamação da República, com o advento da Psiquiatria Científica. Segundo Resende (1987), esses acontecimentos são considerados marcos institucionais da assistência psiquiátrica no país. De acordo com Machado et al. (1978, p.479),

só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria.

Entretanto, dado que a potencialidade do conceito de paradigma reside na faculdade de contrapor a ideia de linearidade e contiguidade na produção científica que leva ao seu progresso, culminando em seu aperfeiçoamento (Yasui, 2006; Kuhn, 2000), surgiu a necessidade de se criar novos métodos devido ao malogro em sustentar a forma de operar das instituições psiquiátricas na intenção de recuperar os doentes, a qual se ateve unicamente à função do isolamento do alienado e sua concomitante exclusão do convívio social.

Uma revolução científica acontece quando surgem “anomalias”, ou seja, fenômenos ou fatos que não são explicados pelo paradigma vigente e que obriga a comunidade científica a produzir um novo paradigma, inexistente até então. (Yasui, 2006, p.68)

Um momento de grandes transformações foi iniciado após a Segunda Guerra Mundial. Em função das violações de direitos humanos identificadas nos campos de concentração e de sua similaridade com o tratamento dispensado às pessoas privadas de liberdade nos serviços psiquiátricos, um panorama de reformas das instituições de cuidados aos doentes mentais se descortinou na Europa e nos Estados Unidos (Barros, 1996). Vários autores (Fleming, 1976; Amarante, 1995; Pitta-Hoisel, 1984) descrevem os principais movimentos reformistas, citando as comunidades terapêuticas e o movimento de antipsiquiatria na Inglaterra, a Psiquiatria de Setor na

França, a Psiquiatria Democrática Italiana, a Saúde Mental Comunitária nos Estados Unidos e a Psicoterapia Institucional francesa. Para Pitta-Hoisel, esses movimentos foram referência para a fundamentação das práticas que nortearam a implementação do CAPS “Prof. Luís da Rocha Cerqueira”.

A Psiquiatria de Setor sustenta a ideia de levar o cuidado à população evitando ao máximo a segregação, tratando-se de “uma terapêutica *in situ*, [...] o paciente será tratado dentro de seu próprio meio social [...] e a passagem pelo hospital [...] será uma etapa transitória do tratamento” (Fleming, 1976, p.54). Ela designa à psiquiatria uma vocação terapêutica e concebe a continuidade do tratamento pós-alta hospitalar em instituições que terão por tarefa a progressiva ressocialização do paciente. Um exemplo ocorreu na França, com a divisão do território em setores que tinham por competência uma abrangência de 70 mil habitantes correspondente a uma rede de instituições, que tinha por função a prevenção, o tratamento e o acompanhamento pós-alta das doenças mentais.

Já a Psicoterapia Institucional é entendida como um conjunto de mediações em que as combinações produzem efeitos terapêuticos, dando à instituição um papel de sujeito-analisante cujas potencialidades são muito vastas. Suas mediações são de naturezas diversas (oficinas, reuniões, atividades de gestão e organização), todas constituindo uma rede significativa ou um campo transferencial a partir do encontro da Psiquiatria com a Psicanálise, com o objetivo de

[...] criar um coletivo orientado de tal maneira que tudo esteja preparado (terapêuticas-biológicas, analíticas; neutralização dos sistemas alienantes socioeconômicos etc.), para que o psicótico aceda a um campo onde se possa referenciar, re-delimitar o seu corpo numa dialética entre parte e totalidade. (Fleming, 1976, p.47-48)

Fleming apresenta o entendimento de que não há contradição entre uma verdadeira Psicoterapia Institucional e os princípios de base da Psiquiatria de Setor, dizendo ainda que, por ter sofrido

influência da psicanálise de tendência lacaniana, a Psicoterapia Institucional sofreu uma transformação mais profunda da prática psiquiátrica, enquanto a Psiquiatria de Setor tem como baliza essencial a transferência das atividades do hospital para uma pluralidade de intervenções terapêuticas na comunidade.

Alguns países da América Latina foram influenciados pelos movimentos de transformação da assistência psiquiátrica, especialmente os do modelo norte-americano. Assim é que, a partir da década de 1960, em países como Chile, México, Colômbia e Argentina, foram desenvolvidos programas de atenção à saúde mental que tinham em comum a implantação de centros comunitários e o objetivo de realizar a prevenção primária (Amarante, 1995). Com relação à influência norte-americana no Brasil, a [...] psiquiatria preventiva e comunitária opera uma crítica ao sistema psiquiátrico por ser centrado na assistência hospitalar, mas não faz o mesmo com a natureza do saber que o autoriza. [...] A causa da falência do sistema psiquiátrico não estaria na psiquiatria, mas na má aplicação desta (Amarante, 1996, p.16).

Diferenciando-se das propostas de reformas desenvolvidas na Europa e nos Estados Unidos – que deslocavam a ênfase posta nos hospitais psiquiátricos para a criação de serviços na comunidade –, a experiência italiana, a partir da década de 1960, enfatizava a necessidade de tomar como ponto de partida o interior do manicômio, criando condições para sua desmontagem e subvertendo sua lógica e seu funcionamento. Este movimento foi chamado de Psiquiatria Democrática Italiana (Basaglia, 1985). O processo de transformação da psiquiatria, iniciado em 1971 em Trieste, levou ao fechamento completo do manicômio e à constituição de um determinado tipo de assistência territorial. Esse processo foi posteriormente teorizado e passou a ser conhecido como “desinstitucionalização” (Amarante, 1996). Essa vertente traz a cidadania como questão fundamental, já que aqueles compreendidos como doentes eram despojados de seus direitos políticos, jurídicos e civis, tornando-se não cidadãos.

O que efetivamente demarca uma real distinção entre os projetos de reforma [...] é a forma do lidar prático e teórico da desinstitucionalização, conceito este que sofre metamorfose substancial e que abre novas possibilidades para o campo da Reforma Psiquiátrica. (Amarante, 1996, p.15)

Além disso, cabe destacar que

[...] a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. [...] Cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento. (Rotelli et al., 1990, p.33)

A Psiquiatria Democrática Italiana é uma resposta crítica à psiquiatria reformada na Europa e nos Estados Unidos, em que a desinstitucionalização foi reduzida à desospitalização. “A desinstitucionalização foi realizada [...] como desospitalização, política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos” (Rotelli et al., 1990, p.19). Como palavra de ordem, a desinstitucionalização era utilizada para muitos e diferentes objetivos. Para grupos técnicos e políticos radicais apresentava-se na perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social, se posicionando paralelamente à antipsiquiatria. Já para os administradores era vista como um programa de racionalização financeiro-administrativa, entendida como redução de leitos hospitalares e consequência da crise fiscal, revelando-se coerente com as orientações neoliberais.

No sentido de atingir a superação gradual da internação psiquiátrica por meio da criação de serviços na comunidade, rompendo com o predomínio cultural do modelo clássico da psiquiatria em que o hospital era a única resposta para o sofrimento psíquico, as reformas psiquiátricas na Europa dos anos 1960 multiplicaram as

estruturas extra-hospitalares, porém as internações psiquiátricas continuam a existir na Europa e nos Estados Unidos. “Em todos os sistemas de saúde mental nascidos das reformas, malgrado as intenções que as animavam, permaneceram os hospitais psiquiátricos e as estruturas de internação que têm um peso não secundário” (Rotelli et al., 1990, p.20).

Como decorrência de ser entendida e praticada como desospitalização, a desinstitucionalização produziu o abandono de parcelas consideráveis da clientela psiquiátrica (Basaglia, 1985). As análises sociológicas e psiquiátricas sobre a psiquiatria reformada colocam em evidência que, entre os serviços da comunidade e as estruturas de internação, existe uma complementaridade, um jogo de alimentação recíproca.

[...] Particularmente, a imagem de circuito coloca em evidência o fato de que a psiquiatria reformada “estática” da segregação, em uma instituição separada e total, foi substituída pela “dinâmica” da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas. Assim, funcionam: o centro para internação durante a crise, o serviço social que distribui subsídios, o ambulatório que distribui fármacos, o centro de psicoterapia etc. (Rotelli et al., 1990, p.23)

Na perspectiva da psiquiatria reformada, portanto, a desinstitucionalização tem um balanço negativo. Já para a experiência italiana, desinstitucionaliza-se o paradigma psiquiátrico. A psiquiatria, por não conseguir equiparar seus métodos de trabalho “aos princípios abstratos” que a balizam, tem a sustentação de suas instituições funcionando por uma codificação entre a definição e explicação do problema e a resposta racional, sendo um sistema que intervêm em um problema dado, a doença, para atingir uma solução racional, de preferência a cura. Entretanto, a psiquiatria apresenta-se como prática que denuncia a fragilidade do paradigma racionalista.

Nesse sentido, a psiquiatria revela ser uma instituição [...] que administra aquilo que sobra, isto é, uma instituição residual ela

mesma, que detém, em relação ao sistema institucional em sua totalidade, um poder tanto vicário quanto insubstituível. (Rotelli et al., 1990, p.27)

É justamente esse conjunto que é preciso desmontar para resgatar a existência dos pacientes como existência-sofrimento, o que o modo Psicossocial tem como um de seus parâmetros.

3

DA PRÁTICA PARA A TEORIA: EM BUSCA DE UM PARADIGMA PARA A TRANSFORMAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Ao longo das décadas de 1980 e 1990 ocorreram diversas experiências nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul inspiradas na perspectiva de superação do modelo hospitalocêntrico e no ideário da Reforma Psiquiátrica. Tais projetos consideraram questões políticas, teóricas, culturais e sociais a respeito do sofrimento psíquico (existência/sofrimento) e de sua assistência. A heterogeneidade presente na diversidade de conceitos e práticas existentes entre os diversos atores sociais da Reforma Psiquiátrica nos reporta ao entendimento de algumas dessas experiências.

Para Pitta (1996), a Reabilitação Psicossocial¹ representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes em Saúde Mental. Ela seria o processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível, da autonomia do exercício de suas funções na comunidade. A evolução dos conhecimentos psiquiátricos por meio de estudos epidemiológicos

1 Antes de começarmos, no Brasil, a falar da Atenção Psicossocial, havia (e ainda há) um movimento que é nomeado de Reabilitação Psicossocial, e que guarda semelhanças e diferenças com a Atenção Psicossocial. Isso será abordado em mais detalhes mais adiante.

contribui para que percebamos com mais clareza o empobrecimento do paciente e sua cronificação, não associada somente à doença, mas a contextos microssociais que tornam necessária a intervenção, uma vez que se sabe que os determinantes do adoecimento têm múltiplas causas como diferenças culturais, falta de adequado suporte social e ambiente relacional adverso, além de fatores biológicos e psicológicos (Kinoshita, 1996).

Para que ocorra a diminuição do sofrimento psíquico é necessária a desidentificação com a doença, a neutralização de processos crônicos, a ampliação de articulação social do sujeito, desenvolvendo potencialidades e aumentando o poder de contratualidade afetiva e material, ou seja, a ampliação da capacidade de autonomia para a vida. (p.46)

Esse processo de resgate pode, segundo Saraceno (1999), ser pautado no exercício da cidadania em três cenários: hábitat, rede social e trabalho, como valores sociais. O recurso mais importante no tratamento passa a ser a relação e a capacidade de acolhimento, sendo necessários, para isso, a construção de projetos terapêuticos reais que tenham valor social e sentido para o sujeito e abarquem os laços familiares, além da articulação de todos os recursos disponíveis e da criação de uma rede para usuários e familiares que dê ênfase à atenção comunitária e à produção de saúde. É necessário criar espaços de coletivização, incluindo reuniões clínicas, de projetos e de supervisões, pois todos os funcionários da unidade de atendimento/acolhimento devem estar envolvidos com a constituição do modelo assistencial de decisões coletivas (Campos, 2003). Assim, também o planejamento da atenção deve acontecer em conjunto com os usuários, porque estamos falando a partir do marco conceitual da Atenção Psicossocial.

Para Saraceno (1996), a Reabilitação Psicossocial é uma necessidade ética e, portanto, deve pertencer a um grupo de profissionais que tem como prioridade a abordagem ética do problema da Saúde Mental. Todos temos o direito e o dever de estarmos envolvidos com

a discussão, por ser a abordagem uma estratégia que implica muito mais do que simplesmente passar um usuário/paciente de um estado de “desabilidade” para um estado de “habilidade”, de um estado de incapacidade a um estado de capacidade. Ela implica, antes, uma mudança completa de toda a política dos serviços de Saúde Mental, política esta que se aplica e se realiza por meio dos programas. Em outras palavras, Saraceno recoloca a Reabilitação Psicossocial em novos termos, que incorporam vários dos princípios da experiência italiana da Reforma Psiquiátrica.

Mesmo considerando os apontamentos realizados por Saraceno e outros autores, adotamos o termo Atenção Psicossocial, como presente em documentos oficiais e foi argumentado por Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), questão que abordarei mais adiante. Conceitos como cidadania, autonomia e contratualidade são imprescindíveis no campo da Atenção Psicossocial, que engloba todos os atores do processo de saúde-doença, ou seja, trabalhadores, usuários, familiares de usuários, pesquisadores, enfim, toda a comunidade.

Interessante perceber, após a leitura da legislação brasileira que trata do atendimento em saúde mental, a ênfase na questão da reabilitação psicossocial como uma prática voltada para as pessoas que passaram por internações em hospitais psiquiátricos. Mas, lá não está especificado o que ela seria e como poderia ser promovida pelos profissionais e os serviços substitutivos. Ou seja, o que é a reabilitação psicossocial? Essa indefinição gerou nossa preocupação com os profissionais em saúde mental que devem colocar em prática um modelo de atendimento que não está especificado. (Santos, 2008, p.15)

Analisando mais amplamente o processo da Reforma Psiquiátrica, Amarante (1999) define quatro campos em que se operam as suas transformações: teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sociocultural. Tais dimensões são fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico. De outra parte, Costa-Rosa (2000) nos traz o entendimento de que, do ponto de vista

político-ideológico, avançamos consideravelmente, mas há de se caminhar no técnico-teórico. O referido autor também apresenta quatro parâmetros para definir o modo psicossocial: o do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos; o da organização das relações intrainstitucionais e da divisão do trabalho interprofissional; o da forma das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral no território; e o da concepção efetiva dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos. O que permitirá definir a adoção de um paradigma ou outro – o psiquiátrico ou psicossocial – está na apropriação dos conceitos que levam à transformação de cada um desses parâmetros. O entendimento que se configura na Atenção Psicossocial será sempre medido na relação com esse outro que designaremos como modo asilar ou paradigma psiquiátrico.

Exigiremos da Atenção Psicossocial que ela seja capaz de se configurar como alteridade radical desse paradigma. Ou seja, procuraremos medi-la, à luz do modo asilar a que se alterna, e do modo psicossocial como figura possível da lógica do seu devir. (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003, p.36)

Considerando as quatro dimensões propostas por Costa-Rosa (2000), vem a seguir o modelo de análise proposto. Quanto à concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos, o autor sintetiza a diferença que, no modo psicossocial, se apresenta não só com relação a como os profissionais têm uma concepção de sujeito, mas também a sua concepção de saúde-doença-cura. O paradigma que sustenta esse lugar não é o da lógica cartesiana do iluminista, daquele homem que tinha uma situação ideal. Aqui falamos de uma existência-sofrimento, da incompletude, da falta, do sujeito que vive apesar da angústia de não curar o sujeito dele mesmo. Nesta nova concepção, ele vai construir recursos para transformar a compreensão do seu próprio sofrimento. No entanto, para que isso aconteça, é necessário que a equipe trabalhe de uma forma que não seja a do antigo modelo taylorista de linha de montagem, mas se

apropriar desse entendimento, compreendendo que o sofrimento tem uma configuração biopsicossociocultural e que o território em que esse sujeito está inserido, bem como as suas relações interpessoais primárias (a família, a habitação, o trabalho, as perspectivas futuras, as tensões no grupo social, os preconceitos, as crenças e, enfim, tudo com o que está envolvido e qualquer outra forma de alienação que contribua para gerar sofrimento) podem ser também vistas como fontes de transformação.

Quando a equipe se posiciona nesse outro lugar ela se apropria do pensar, do planejar e do executar as ações. Aqui está o que se vê em diversos textos que versam sobre os projetos terapêuticos dos CAPS como, por exemplo, o Projeto Terapêutico Singular (PTS): quando a equipe se depara com a questão de o usuário participar ou não da montagem desse projeto, quando ele está alienado, quando a equipe o alija desse processo, decidindo por ele, isso também é parâmetro para se pensar nas nuances existentes. Nessa concepção proposta pelo autor há um marco diferencial muito importante do ponto de vista técnico-teórico, no avanço de uma clínica psicossocial. A concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos evidencia uma clínica psicossocial que pode ser vista como a de uma outra ética. No meu entendimento, para além de uma nova ética, ela também pode ser vista como uma clínica do sujeito em sua existência-sofrimento. Exigências para a transição paradigmática:

Exigências: DESOSPITALIZAÇÃO e não hospitalização; desmedicalização e não MEDICALIZAÇÃO (significa abolir a medicação como resposta única ou preponderante e *a priori*); IMPLICAÇÃO SUBJETIVA E SOCIOCULTURAL e não objetificação; “EXISTÊNCIA-SOFRIMENTO” e não “doença-cura” como paradigmas de abordagem dos problemas; CLÍNICA AMPLIADA E TRANSDISCIPLINAR (psicanálise, materialismo histórico, filosofia da diferença) e não clínica psiquiátrica/psicológica ou das especialidades. (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003, p.37, grifos do original)

A concepção da organização das relações intrainstitucionais diz respeito ao modo como se estrutura o organograma institucional, ou seja, os fluxos de poder. Ela tem ressonâncias importantes no trabalho interprofissional. No modo psicossocial, a forma como o trabalho é organizado, a definição do processo de trabalho pressupõe, necessariamente, a democratização dos espaços institucionais. No que diz respeito ao poder institucional, devemos entendê-lo em dois sentidos: decisório (origem política) e de execução (operacional). Quanto ao poder decisório, a equipe não está alienada do planejamento, mas constrói esse processo de maneira absolutamente participativa, do mesmo modo pelo qual o usuário também participa de seu PTS e do planejamento geral, através de seus representantes.

Essa forma de intervir implica espaços de poder partilhados, pois rompe com o fluxo de serviço vertical. Assim, as ações se dão horizontalmente. As diferenças implícitas no trabalho da equipe e inerentes à sua divisão técnica não devem implicar uma diferença de poder, de *status* ou de lugar de importância. O poder decisório não está com o coordenador, pois as decisões passam, necessariamente, pelas reuniões de equipe e pelo fórum de deliberação no âmbito geral, o que inclui necessariamente os representantes dos usuários e da população. O lugar da coordenação está muito associado à representação e a função do coordenador é gerenciar o que o coletivo delibera, ou seja, coordenar conjuntamente as ações com base nas decisões tomadas por aquele coletivo. Por exemplo, quando se neutraliza o modelo médico e se atua centrado nessa proposta de um poder compartilhado, estimula-se todos os saberes implícitos e explícitos. Reconhecendo a importância da participação da população, no sentido do quanto esse modelo está imbricado no SUS e na questão do controle social, é que se poderá ter a noção da efetiva participação popular nos serviços. Quanto a este parâmetro, as exigências para a transição paradigmáticas são:

Exigências: HORIZONTALIZAÇÃO e não verticalização das relações intrainstitucionais; PARTICIPAÇÃO e não exclusão; AUTOGESTÃO E CO-GESTÃO e não gestão por delegação;

INTERPROFISSIONALIDADE INTEGRADORA do processo de produção e do “produto”, e não interprofissionalidade fragmentadora segundo a lógica do Modo Capitalista de Produção; TRANSDISCIPLINARIDADE. (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003, p.38, grifos do original)

No que diz respeito à concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral, fica clara a importância de o projeto terapêutico institucional/projeto de trabalho ser realizado no território. Ou seja, que se exteriorize, tenha movimento, possibilitando uma interlocução com a população e com os usuários, contrapondo-se à interioridade e clausura do modo asilar. A relação deixa de ser dicotômica, entre loucos e sãos, pois adquire uma outra complexidade. Esta é a grande contribuição da Psiquiatria Democrática italiana para o campo da Atenção Psicossocial ao promover os desdobramentos do conceito de desinstitucionalização. Nota-se que na Atenção Psicossocial o desinstitucionalizar da perspectiva da Psiquiatria Democrática Italiana vem a serviço de uma superação das organizações baseadas no setor ou na Psiquiatria Comunitária. Ao falarmos da História, a Psiquiatria Comunitária e suas relações com a Reforma Psiquiátrica foram contextualizadas. Está claro que a Atenção Psicossocial propõe a superação do hospital como instância intermediária, substituindo-o integralmente como recurso terapêutico pelas ações no território, de forma que se supere a ideia de comunidade terapêutica e as contradições do monopólio das especialidades.

Exigências: INTERLOCUÇÃO e não relação entre loucos e sãos; LIVRE TRÂNSITO e não interdição e clausura; ATENÇÃO INTEGRAL E TERRITORIALIZADA e não estratificada por níveis; DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO e sua substituição pelo paradigma psicossocial. (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003, p.40, grifos do original)

Por último, vemos que a concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos é o que, em parte, já foi dito na concepção saúde-doença: o posicionamento de uma clínica, da ética da singularização, da possibilidade do reposicionamento do sujeito e não da supressão sintomática. É um entendimento, um olhar que se tem para a questão, tanto em relação à recuperação dos direitos de cidadania de que muitos dos nossos usuários se encontram excluídos quanto à recuperação do poder de contratualidade social, aqui entendida como capacidade de situar-se diante dos conflitos e das contradições pelos quais qualquer um é atravessado e atravessa, sejam usuários dos serviços ou não. De novo se coloca a questão de não diferenciar loucos e sãos, pois todos os sujeitos vivem em uma existência-sofrimento.

Exigências: RELAÇÃO SUJEITO-DESEJO E CARECIMENTO-IDEAIS, e não ego-realidade ou carência-suprimento; IMPLICAÇÃO SUBJETIVA E SOCIOCULTURAL (singularização) e não adaptação. (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003, p.41, grifos do original)

O elemento característico da ética do paradigma psicossocial é a relação sujeito-desejo e carecimento-ideais (sujeito como portador de direitos, de contratualidade, de projeto-consciência). Na relação sujeito-desejo inclui-se uma dimensão essencial do indivíduo, a do indivíduo com um inconsciente. Essa consideração implica pôr em ação dimensões como as de demanda e de significante, de sintomas e queixas, sendo um aspecto fundamental para a compreensão do conceito de existência-sofrimento, não só do indivíduo como corpo, mas em sua relação com o corpo social, compreendendo-o como sujeito dividido (sujeito do desejo) que precisa ser visto para além da esfera das necessidades orgânicas ou do sofrimento como disfunção, nas dimensões da relação do corpo simbólico como o gozo nas demandas.

4

RESGATANDO CIDADANIAS

Foi no âmbito da redemocratização do país que a Política Nacional de Saúde Mental propôs uma ética inclusiva, contrária ao isolamento e à segregação diante da desrazão do sujeito desviante da ordem moral. Até então, as instituições psiquiátricas tinham a intenção de recuperar os doentes, mas em uma perspectiva de assistência ao alienado e concomitante exclusão do convívio social. Os hospitais abrigavam uma massa de sujeitos cronificados em seus diagnósticos e confinados em um local sem caminho de retorno à sociedade (Resende, 1987). A Política instituiu estratégias e manejos alternativos à internação e por meio de uma rede de serviços comunitários e territoriais foi capaz de acolher e acompanhar situações críticas de saúde mental da população (Brasil, 2001, 2010; Yasui, 2006). Houve, portanto, uma ruptura do paradigma: é na perspectiva psicossocial que se enfrenta o sofrimento psíquico e suas consequências para ressignificar o lugar social de sujeito de desejo e de cidadão de direitos.

O conceito de paradigma contrapõe-se à concepção de que a ciência se desenvolve linearmente em direção ao progresso, ao aperfeiçoamento. Nesse sentido, as proposições da Reforma Psiquiátrica expressaram ruptura, trouxeram novos olhares diante da complexidade da existência-sofrimento (Basaglia, 1985), constituindo-se como mobilização do arcabouço teórico-técnico e ético-político

para a superação paradigmática da psiquiatria asilar (Costa-Rosa, 2013). O cenário marcado, no Brasil, pela indústria da hotelaria psiquiátrica (Resende, 1987) trouxe uma série de debates que mobilizou a vinda de Robert Castel, Félix Guattari, Erwin Goffman e, em especial, Franco Basaglia ao Rio de Janeiro em 1978, para o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (Yasui, 1999). Nessa data também surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (Amarante, 1996, 1998) e, nos anos 1980, o Movimento da Luta Antimanicomial. Os marcos legais que balizaram o início desse processo histórico foram o artigo 196 da Constituição de 1988, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais” (Brasil, 1988, p.42), que consagrou o direito universal à saúde, e as portarias n.224, 336 e 3.088, que institucionalizaram a Reforma Psiquiátrica (Brasil, 1992, 2002a, 2010, 2011a).

Em 2010 aconteceu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, cuja ênfase foi a necessidade de romper com a rígida configuração do trinômio institucional emergência-ambulatório-hospital e dar continuidade às transformações que visavam potencializar a rede intersetorial de cuidados. Os processos de trabalho em saúde mental foram alvo de horizontalidade, da abordagem interdisciplinar e intersetorial, da disposição e análise de implicação permanente das equipes e da gestão (Palombini, 2004; Silva et al., 2012). Essas ações são necessárias diante das demandas, do cenário de diversidade e urgência, das limitações do trabalho em equipe e da fragilidade da gestão da rede de serviços (Silva et al., 2012).

Em 2016, com a instituição do teto de gastos estabelecido pela Emenda Constitucional (EC) n.95, o financiamento das políticas sociais (saúde, educação e assistência) sofreu severos cortes que subsidiaram o desmonte do estado de bem-estar social, criando um estado de desamparo. Além disso, Notas Técnicas vêm fortalecendo a centralidade do hospital psiquiátrico no cuidado em saúde mental, o que representa um retrocesso da Reforma Psiquiátrica (Delgado, 2019). O desmonte das políticas é um ataque ao manejo da clínica, preconizada pela Atenção Psicossocial, pois as diretrizes e

orientações das políticas de saúde mental norteiam uma prática viva, de cuidado coletivo, que busca transformar as relações de poder entre as pessoas e instituições para intervir nos determinantes e contextos em que vivem.

Diante desse cenário de crise política, faz-se urgente a adoção de uma postura de enfrentamento e de mobilização permanente de trabalhadores, gestores e usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Yasui, 2017; Delgado, 2019), do contrário, a ameaça aos princípios de cidadania da Reforma Psiquiátrica, consolidados a duras penas nos últimos 30 anos, se concretizará (Rossano, 2021). Considerando os impasses descritos, é pertinente a análise das nuances e potencialidades entre as terminologias Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial para consolidarmos estratégias fortalecedoras para o referido enfrentamento. Os termos carregam memórias, conjuntos de práticas e conceitos, “algumas vezes, se apresentam cada um como suficiente para designar todo o campo, outras vezes se combinam, e outras ainda se misturam, ameaçando confundirem-se: reabilitação [...] e atenção” (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003, p.20). O termo reabilitação vem do latim *rehabilitatio* e significa restauração, recuperação. O verbo *rehabilitare* é formado pelo prefixo *re-*, de novo, e pelo sufixo *habilitare*, adequar, derivado de *habilis*, fácil de adaptar, apropriado. Além disso, de acordo com o dicionário *Michaelis*, a reabilitação se define como:

(1) Recapitação em todos os âmbitos; (2) Resgate da estima, de crédito, ou do bom conceito na esfera social; (3) JUR Cancelamento da pena acessória de interdição de direitos; (4) JUR Restituição à condição de vida que uma pessoa tinha anteriormente; (5) ARQUIT Restituição da capacidade de utilização de um imóvel ou de um conjunto habitacional; (6) MED Recuperação da forma física e/ou funções motoras, após lesão ou enfermidade. (Reabilitação, 2021)

Nesse sentido, esse termo está associado à perspectiva de retorno a um estado previamente vivido, precedente aos episódios

desabilitadores. Certa ideia de readaptação e adaptabilidade marca o conceito (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003), delineando um impasse. Com essa compreensão, as repercussões e barreiras psicossociais impostas às pessoas “diferentes” não são reconhecidas, as singularidades são silenciadas em detrimento da adequação do sujeito. Por outro lado, segundo Rossano (2021), trata-se de um anacronismo produzido a partir do Decreto n.6.949 de 25 de agosto de 2009, que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ambos assinados em Nova York em 30 de março de 2000. Nesse momento, o movimento das pessoas com deficiência ganhou mais visibilidade e teve aproximações com o campo da Saúde Mental, favorecendo o uso pouco criterioso da noção de deficiência. É por isso que o autor questiona a transposição inadequada do termo reabilitação, defendendo que não se trata de uma adequação do sujeito (Rossano, 2021).

A Reabilitação Psicossocial é um campo abrangente que inclui múltiplas práticas antimanicomiais, tais como Recovery, Open Dialogue, Atenção Psicossocial, dentre outras, todas com o objetivo de reinserir, reconstruir e restituir os sujeitos no laço social (Rossano, 2021). Nesse sentido, as práticas de Reabilitação Psicossocial compuseram o campo de ações da Reforma Psiquiátrica, afirmando o cuidado em liberdade, os direitos e a cidadania (Braga, 2021), entendida como um conjunto de práticas que visam a reconstrução da possibilidade de as pessoas exercerem a contratualidade nos diversos cenários da vida (Saraceno, 2001). É nesse sentido que a Reabilitação Psicossocial e a Desinstitucionalização são transversais nas práticas de implementação dos serviços territoriais relacionados à saúde mental (Rossano, 2021).

O termo atenção vem do latim *attendere*, que significa observar, esticar-se. Ainda segundo o dicionário *Michaelis*, refere-se à:

- (1) Concentração da atividade mental em determinada pessoa ou coisa;
- (2) Manifestação de afeto, gentileza ou respeito, amabilidade;
- (3) Ação ou efeito de cuidar de alguém ou de algo, cuidado, zelo;
- (4) Apreciação cuidadosa; exame minucioso. (Atenção, 2021)

Nesse sentido, a Atenção Psicossocial abrange aspectos do cuidado como observação, afeto e ações que tomam o direito e a cidadania como imprescindíveis e inegociáveis nos diversos cenários da vida. Por isso, a necessidade de expandir o potencial de agir dos sujeitos sobre si e sobre o mundo, a necessidade de aumentar as oportunidades de trocas, de recursos e de afetos, a abertura dos espaços de negociação entre as pessoas e/com o território (Saraceno, 2001).

O conceito de poder contratual é muito caro à Reforma Psiquiátrica brasileira, comportando três dimensões fundamentais: trocas de bens, trocas de mensagens e trocas de afetos (Braga, 2021; Kinoshita, 2001). No neoliberalismo há a atribuição prévia de valor econômico, político e social às pessoas, o que dá a elas certo valor contratual nas trocas sociais e nas negociações, como uma pré-condição no processo de intercâmbio (Dunker; Safatle; Silva Junior, 2021). Na Reforma Psiquiátrica, tanto a Atenção quanto a Reabilitação Psicossocial vão lutar para que nas redes de negociação sejam vivenciados múltiplos encontros, redefinindo-se os valores e ampliando-se essa contratualidade das pessoas em direção à cidadania. É assim, modificando as regras do jogo, que todos podem ser incluídos na produção de sociabilidade e no exercício dos direitos (Saraceno, 2016).

As pessoas que vivenciam certo comprometimento da saúde mental vivenciam também, simultaneamente, certa negatividade no poder contratual. Os bens dos loucos tornam-se suspeitos; as mensagens, incompreensíveis; e os afetos, desnaturados, o que anula “qualquer valor da pessoa que o assegure como sujeito social” (Kinoshita, 1996, p.55-56). O manicômio é considerado, assim, lugar de troca zero (Kinoshita, 1996). Na Atenção e na Reabilitação Psicossocial há, portanto, o esforço de reconstruir o valor e recompor a contratualidade das pessoas nas suas relações, nos cenários reais de vida: na casa, na rede social e no trabalho com valor social.

O habitar e o estar são dois modos diferentes de se relacionar com esses espaços que compõem os cenários da vida (Saraceno, 2001). Enquanto o segundo se refere à baixa apropriação e pouca possibilidade de negociação com esses espaços, o primeiro envolve a

apropriação do espaço, o pertencimento e uma contratualidade elevada com o lugar (Saraceno, 2001). Assim, tanto na Atenção quanto na Reabilitação Psicossocial interessa garantir o direito de acesso aos bens, por exemplo, à casa, à alimentação, à saúde, ao lazer, ao trabalho, dentre outros. Ainda, interessa interferir no modo como as relações das pessoas se estabelecem com esses espaços. É o exercício de construir uma real habitação neles, com protagonismo nas decisões junto das famílias e da comunidade.

No processo de construção e fortalecimento de redes/laços sociais, ampliando o protagonismo das pessoas em todos os espaços, os serviços precisam criar, na vida cotidiana, oportunidades de trocas abertas às diferentes formas de existir no mundo para participar no território. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são um exemplo desse exercício de habitar. Trata-se de uma estratégia construída na Reforma Psiquiátrica brasileira para garantir direitos de acesso, mas também a oportunidade de interferir nas relações que se estabelecem entre a comunidade e as pessoas (Braga, 2021). Isso compreende desde encontros cotidianos, como uma partida de futebol na quadra do bairro, passando pela organização dessa partida e o evento em si, até preparar e tomar café com a família – isso é construir também o direito à cidade.

Os serviços e programas de integração e geração de renda, quando atentos ao viés social, afetivo e sustentável, também podem ser um meio para promover o habitar a cidade. As cooperativas e iniciativas de economia solidária são outro exemplo em que, por meio da integração ao mercado de trabalho, se promove a troca de valores, o enriquecimento do tecido social, o exercício da cidadania. Portanto, as iniciativas citadas precisam ser compreendidas como práticas ativas para a reconstrução da contratualidade e não como atividades de entretenimento (Saraceno, 2016). Trata-se da concepção efetivada dos efeitos das ações em termos terapêuticos e éticos, como parâmetro das *práxis* no modo de Atenção Psicossocial (Costa-Rosa, 2000).

Diante da complexidade da tarefa, em vez de nos determos na defesa do uso dos termos Atenção ou Reabilitação Psicossocial,

precisamos deter nossos esforços em resistir ao desmonte das políticas públicas.

Tanto um quanto outro precisam disputar narrativas no campo repleto de pautas adversárias que representam práticas de opressão e exclusão, características da necropolítica (Dunker; Safatle; Silva Junior, 2021). Compreendo que a SCI compôs com as tentativas históricas de contribuir com as transformações sociais e, nesse sentido, é um campo heterogêneo e polimorfo onde a AI, dentre outras orientações, investe nos processos analíticos e autogestivos. Por isso, a SCI é um meio para “que possamos de fato recuperar o campo da Saúde Mental no país, ao mesmo tempo que tentamos recuperar a democracia em frangalhos” (Rossano, 2021).

5

DA PSICANÁLISE NO BRASIL E OUTRAS INSPIRAÇÕES

A Psicanálise é uma teoria e um método terapêutico criado por Sigmund Freud no final do século XIX e início do século XX, com a intenção de compreender processos psíquicos e fenômenos mentais que influenciam o comportamento e o funcionamento do indivíduo. A ideia de que muitos dos nossos pensamentos, emoções e comportamentos são determinados por processos inconscientes, ou seja, elementos que não estão acessíveis à nossa consciência imediata, norteia a Psicanálise. O inconsciente abriga desejos, memórias reprimidas, conflitos psíquicos e traumas que exercem influência sobre nossas vidas no presente.

O paciente é encorajado a expressar livremente seus pensamentos, imagens e sentimentos sem censura, para a interpretação, na qual o analista busca identificar padrões, símbolos e significados ocultos nas palavras e ações do paciente. É dada grande importância ao desenvolvimento psicosssexual na infância e como as experiências e relações nessa fase podem influenciar a personalidade e o comportamento do indivíduo na vida adulta, com uma série de estágios de desenvolvimento.

A chegada da Psicanálise no Brasil ocorreu no início do século XX, em uma onda de influência dos movimentos culturais e científicos europeus da época. A primeira referência direta à psicanálise

no Brasil remonta a 1906, quando o médico e professor de Medicina Forense Afrânio Peixoto escreveu um artigo intitulado “Conferência sobre a doutrina de Freud”, no qual apresentou as ideias de Freud ao público brasileiro.

No entanto, foi na década de 1920 que a psicanálise começou a se consolidar no Brasil. Nesse período, a psicanálise já tinha ganhado reconhecimento internacional e diversos intelectuais e médicos brasileiros viajavam para a Europa em busca de formação e conhecimento psicanalítico. Eles retornavam ao Brasil com livros e revistas psicanalíticas e se tornavam divulgadores e praticantes da abordagem.

Em 1927, foi fundada a Sociedade Brasileira de Psicanálise no Rio de Janeiro, tornando-se a primeira sociedade psicanalítica da América Latina. A sociedade foi formada por médicos, psiquiatras e outros profissionais interessados na psicanálise, e tinha como objetivo promover o estudo e a prática da psicanálise no Brasil. A partir daí, foram estabelecidas outras sociedades e institutos de psicanálise em diferentes regiões do país. Expandindo-se para além do campo médico e alcançando a psicologia, a cultura e as ciências sociais, a psicanálise foi especialmente marcante na área da literatura, nas artes e nas discussões sobre sexualidade, gênero e identidade, mesmo que enfrentasse resistências e críticas sobre pressupostos teóricos e metodológicos. Institutos, sociedades e profissionais estabeleceram a formação, a pesquisa e a prática da abordagem psicanalítica. Ela é utilizada tanto na prática clínica como na análise de questões culturais e sociais, contribuindo para a compreensão da subjetividade e dos processos mentais no contexto brasileiro, adentrando a área da saúde pública, como veremos adiante.

Os conceitos psicanalíticos são indispensáveis para identificar e exaurir o narcisismo de que trata a teoria freudiana demonstrada em *Psicologia das massas e análise do eu* (Freud, 2011). Nessa obra, Freud começa com uma revisão bibliográfica, visitando autores e apontando que, na massa, desaparecem todas as singularidades e todos ficam indistintos. Por ser esse amálgama, a massa tem um poder invencível onde o indivíduo, que paga o preço por perder

sua singularidade, mas não encontra o sofrimento. Na massa não há diferenciação individual, os componentes estão ligados entre si e ligados a um líder que não aparece sempre na figura de uma pessoa – pode tomar forma de um conjunto de ideias. O comportamento é primitivo – termo utilizado por Freud sem juízo moral – na forma da ausência de um pacto civilizatório.

Entre as correntes mais significativas, a Psicanálise, a Psicanálise Lacaniana e a Esquizoanálise são abordagens diferentes no campo da psicologia e da teoria psicanalítica.

A Psicanálise Lacaniana, por exemplo, é uma abordagem desenvolvida pelo francês Jacques Lacan, que propôs uma reinterpretação da teoria freudiana, com ênfase no papel da linguagem, do simbólico e do inconsciente estruturado. Ele introduziu conceitos como o “Real”, o “Simbólico” e o “Imaginário”. Lacan enfatiza a importância da fala e da linguagem na análise, buscando desvelar os significados simbólicos e inconscientes por trás das palavras. Também destaca a função do analista como um ponto de referência para o paciente explorar seu próprio inconsciente.

Já a Esquizoanálise é uma abordagem desenvolvida por Gilles Deleuze e Félix Guattari, filósofos e teóricos franceses. A proposta é de uma visão não linear e não hierárquica do funcionamento psíquico, com foco no entendimento dos processos de produção de subjetividade e dos modos de subjetivação. Ela enfatiza a multiplicidade, a pluralidade e a potência criativa do sujeito, rejeitando a ideia de uma estrutura fixa ou de um inconsciente individual. A Esquizoanálise também se relaciona com o estudo das relações de poder e com a análise das instituições sociais.

Embora a psicanálise seja frequentemente associada ao trabalho em consultórios particulares, ela é trabalhada aqui no contexto do sistema de saúde pública, pois a compreensão mais ampla da subjetividade é valiosa para os profissionais de saúde mental no atendimento público, ao evitar uma visão meramente sintomática e a considerar o contexto e as experiências pessoais do paciente.

Outra contribuição importante é para a formação de profissionais de saúde mental no Brasil. Muitos psicólogos, psiquiatras e

outros profissionais da área buscam formação em psicanálise como complemento às suas práticas. A formação psicanalítica amplia a compreensão clínica e a capacidade de trabalhar com os pacientes de forma mais abrangente, enriquecendo sua prática e oferecendo uma abordagem mais integrativa.

6

DÍALOGOS E INTERFACES ENTRE SCI E AI

A Análise Institucional (AI), como uma das correntes do Institucionalismo, surgiu em meio à efervescência da década de 1960, quando da insatisfação social e cultural com as instituições tradicionais na França. É uma abordagem teórico-metodológica que visa compreender e transformar as instituições sociais, sejam elas públicas ou privadas. Essa abordagem surgiu a partir dos estudos do psicólogo e sociólogo francês René Lourau, com influência das teorias do pensamento sistêmico, da psicanálise e da sociologia.

Na compreensão das relações de poder, dos processos de produção de subjetividade e das práticas institucionais que moldam o funcionamento das organizações, a AI parte do pressuposto de que as instituições são espaços de disputas, conflitos e contradições, e que é possível transformá-las para promover mudanças sociais.

Nessa abordagem, valoriza-se a participação ativa dos atores envolvidos na instituição, sejam eles funcionários, usuários, pacientes, estudantes, entre outros, com espaços de discussão, reflexão e problematização, nos quais os diferentes pontos de vista possam ser expressos e considerados na construção de novas práticas. Os instrumentos utilizados na AI variam, podendo incluir entrevistas, observações, grupos de discussão, análise de documentos e outras técnicas de pesquisa social. A partir desses instrumentos, busca-se

identificar os pontos de bloqueio, resistências, normas e os valores que sustentam as práticas institucionais.

Ferramenta produzida pela Análise Institucional (AI), o conceito de instituição foi elaborado por Lourau (1995). Conforme esse autor, para apreender o caráter contraditório das instituições, é necessário considerar que toda instituição é o resultado do movimento dialético de três momentos: o instituído, ou o estabelecido, considerado o momento da universalidade; o instituinte, ou seja, o acontecimento que não cessa de alterar e até de negar o que está formalizado, que é a particularidade; e o terceiro momento, o da singularidade, resultado da articulação entre os momentos anteriores, que tensiona o cotidiano das práticas dos sujeitos, produzindo algo que não se constitui num caráter meramente reprodutor e repetitivo, mas, ao contrário, aponta para uma certa atualização, um “vir a ser” em contínua transformação (Lourau, 1995). Trata-se da instituição, não como substantivo, mas como verbo “o ato de instituir”, ou dever instituinte. É esse constante movimento dialético que permite a conservação e também a dissolução das instituições (L’Abbate, 2004).

Sem dissociar conceitos e contexto sócio-histórico e focalizando encomenda, demanda, transversalidade, analisador e implicação, instituinte e instituído, intervenção, análise, inconsciente institucional e sobreimplicação, há, em resumo, três linhas que definem a AI (Lourau, 1993).

A primeira está ligada à saúde mental e à prática da Psicoterapia Institucional a partir da década de 1940, com a experiência inaugural no hospital psiquiátrico de Saint Alban durante a Segunda Guerra Mundial (Gallio; Constantino, 1994; Rodrigues, 1994). O nome de Félix Guattari é destaque, pois, após a década de 1950, desenvolveu conceitos importantes como os de analisador e transversalidade. A segunda linha se vincula, desde o início do século passado, às experiências de Pedagogia Libertária que orientaram questionamentos da educação vigente e ficaram conhecidas como Pedagogia Institucional, a partir dos anos 1950. René Lourau e Georges Lapassade, na ocasião professores secundaristas, são destaques nessa linha (Gallio; Constantino, 1994).

Já a Psicossociologia é referida como a terceira linha. No pós-guerra, as técnicas de grupo, que estavam sendo gestadas nos Estados Unidos por pesquisadores europeus emigrados, foram levadas à França por Moreno e Kurt Lewin, além de Rogers, norte-americano nato (Rodrigues, 1994; Barros, 2004). Ainda na década de 1930, Lewin desenvolveu uma teoria que, para justificar o comportamento de um indivíduo ou grupo, utilizava o “todo estrutural” formado da interação entre indivíduo e meio em um campo de forças dinâmico. Unir teoria e ação foi o grande achado dele, pois promoveu a ruptura com os positivistas que tratavam o pesquisador como elemento que poderia e deveria se manter em posição neutra e fora do campo de investigação.

Na França, a psicanálise e os movimentos políticos passaram a questionar a pesquisa-ação em alguns aspectos, como o de que há uma pressuposição de ordem social naturalizada e uma desordem tomada como patológica, oposição que também é assumida por pesquisadores (como detentores de saber), participantes dos estudos e estudantes. A atenção ao conceito de instituição fez que a segunda linha, a partir de Lourau e Lapassade, transbordasse para outras áreas de pesquisa, que receberam influências da filosofia política de Cornelius Castoriadis – em especial, na dialética instituído-instituinte. O filósofo, a partir da criação de seu grupo Socialismo ou Barbárie e da revista homônima, influenciou pensadores que, no caso de Lapassade, viam as instituições como formas (Lapassade, 1989), produtos históricos de uma sociedade instituinte em que relações sociais são produzidas e reproduzidas, instrumentalizadas em estabelecimentos e/ou dispositivos, e onde o jogo entre instituído (formas) e instituinte (processo) deriva para situações de institucionalização. É na análise que reside a relevância desse conceito fundamental: diferenciar o conceito de instituição dos conceitos de organização e estabelecimento. Uma escola, hospital ou sindicato funciona em estruturas prediais, que são condições materiais, seguindo regras de circulação e organização de pessoas e informações (organogramas ou fluxograma) – e isso não era mais do que a análise pretendia focalizar. A AI pretende, então, de maneira efetiva, se preocupar com

as práticas instituintes que engendram instituições e atravessam os mais diversos locais ou situações. Lourau e Lapassade ampliaram o trabalho, tornando-se socioanalistas. Lourau (2003) opera uma distinção entre campo de intervenção e campo de análise na separação entre encomenda e demanda, e entre a análise da encomenda, da demanda e da oferta e o conceito de transversalidade: há similaridade entre “encomenda” (situações específicas de intervenção) e “mandato social” (pedido feito a intelectuais e especialistas para que exponham o que se entende como “verdade”). Deixando o uso utilitário da intervenção de lado, a AI não tem como objetivo mudar padrões de comportamento populacional (como tentou Lewin, a pedido do governo dos EUA, em um experimento).¹

A relação entre a Análise Institucional e a Supervisão Clínico-Institucional (SCI) ocorre quando a análise das práticas institucionais é incorporada ao processo de supervisão clínica. Nesse sentido, a SCI pode utilizar ferramentas e conceitos da AI para compreender as dinâmicas institucionais que afetam o trabalho clínico.

A SCI é um processo de acompanhamento e orientação realizado por profissionais da área da saúde mental em instituições de saúde ou clínicas. Essa prática visa aprimorar o trabalho dos profissionais envolvidos no atendimento clínico, como psicólogos, psiquiatras, terapeutas, assistentes sociais, entre outros. Na prática, a SCI ocorre nos encontros regulares nos quais um supervisor experiente orienta e apoia os profissionais em suas práticas clínicas. São discutidos casos clínicos, questões éticas, técnicas terapêuticas, teorias e modelos de intervenção, além de outros aspectos relevantes para a prática profissional. Os objetivos da SCI podem variar de acordo com as necessidades da instituição e dos profissionais envolvidos: refletir sobre o trabalho clínico, com compartilhamento de experiências e

1 “Em alguns de seus trabalhos, a psicossociologia lewiniana promovia sua pesquisa-ação para formação de quadros dirigentes e de trabalhadores, atendeu às demandas governamentais para investigação das técnicas de guerra psicológica para enfraquecimento do inimigo e, nos trabalhos sociais, trabalhou com a delinquência juvenil e com integração de população pobre e/ou desalojada nos conjuntos habitacionais” (Rossi; Passos, 2014, p.158).

desafios; melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes; explorar diferentes abordagens terapêuticas; aprofundar conhecimentos teóricos e técnicos; prevenir o esgotamento profissional com suporte emocional e reflexão sobre o trabalho e sobre as relações pessoais com colegas e pacientes no contexto do atendimento.

Embora não haja uma data específica para identificar o surgimento exato da SCI no Brasil, podemos traçar sua origem a partir da expansão dos serviços de saúde mental e da necessidade de aprimoramento do trabalho clínico nas instituições, com o marco da Reforma Psiquiátrica (década de 1970 e fortalecida na década de 1980). A partir desse movimento, houve uma transição gradual dos antigos hospitais psiquiátricos para serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A SCI se desenvolve visando a construção de uma rede de cuidado mais efetiva, em que o entorno do paciente, o bairro, a comunidade, sejam incluídos no cuidado.

7

IMPLICAÇÃO, SOBREIMPLICAÇÃO E ANÁLISE DA IMPLICAÇÃO: FERRAMENTAS DO TRABALHO COM GRUPOS E INSTITUIÇÕES

Lembranças. Uma cena até pitoresca de quando eu era criança, quase pré-adolescente. Um momento em que alguns adultos, para me desqualificar, me chamavam de “implicante”. Era ofensivo falar como alguém que era turrão ou quase intransigente. Era o que os adultos diziam ao se deparar com uma criança que não renunciava ao seu desejo, que insistia no que queria. E o que é ser implicante, se não habitar seu desejo e o espaço onde você pulsa?! Fiquei pensando nisso a primeira vez que entrei em contato com o conceito de implicação e análise da implicação. Entendi que implicantes somos todos, pois estamos implicados em algo que tem ligação com nosso desejo/potência de vida, e que isso tem a ver com esse espaço na minha vida, a SCI como lugar onde habito e penso criticamente o processo formativo, como teci na narrativa acima. Implicação, do latim *implicatio*, é o ato ou efeito de implicar e, segundo o dicionário *Michaelis*, significa:

- (1) Ato ou efeito de implicar(-se), implicância; (2) Aquilo que está na mente, mas não foi expresso; subentendido, sugestão; (3) Ato ou efeito de envolver-se; comprometimento, envolvimento, ligação [...]; (4) Efeito ou consequência de uma ação ou situação; inferência: Sua decisão política terá implicações negativas; (5) Implicância,

acepção; (6) JUR Ato de estar (uma pessoa) implicada ou envolvida em um processo; (7) LÓG Relação lógica entre duas proposições que só não se sustentam se a primeira for verdadeira e a segunda, falsa; (8) LÓG Relação lógica entre duas proposições tais que, se a primeira for verdadeira, a segunda deve sê-lo também. (Implicação, 2021)

Dentre esses múltiplos sentidos descritos, o termo é comumente associado ao sentido de estar ou não comprometido, envolvido. “Dizemos: ‘Eu me implico’, ‘ele não se implica o suficiente’ são fórmulas que equivalem a versões novas de outras, velhas: ‘eu me comprometo’, ‘ele não se compromete realmente’” (Lourau, 1993, p.1). Essa noção de o sujeito estar pouco, muito ou não estar comprometido, porém, é uma perspectiva implicacionista relacionada ao valor moral de compromisso no cristianismo, existencialismo, pragmatismo e utilitarismo (Lourau, 1993). Não existe sujeito “desimplicado”. Nesse sentido, é importante diferenciarmos engajamento ou participação de implicação (Coimbra; Nascimento, 2008). A implicação se refere aos modos, às relações e aos jogos de poder que se constituem entre os sujeitos e as instituições (Lourau, 1993; Barembliitt, 2012). De acordo com Monceau (2008), a implicação não é necessariamente uma escolha, pois os sujeitos são tomados pelas instituições, mesmo assumindo posições críticas em relação a elas. Na implicação a “instituição fala pelo ventre, falando por nossa boca” (Monceau, 2008, p.21).

Há três dimensões da Implicação (Lourau, 1993; Romagnoli, 2014). A dimensão ideológica, que se refere ao que o sujeito acredita, ao que é produzido a partir de sua experiência social, construído no laço social. A dimensão organizacional/profissional, relativa à base material, organizacional do exercício da profissão, ao campo do trabalho no qual, a partir da análise de nossas implicações profissionais, podemos compreender nossa função e transformação no cotidiano. E a dimensão libidinal, relacionada ao desejo e aos afetos, estando presente em toda e qualquer situação da vida (Lourau, 1993; Romagnoli, 2014). Nesse sentido,

[...] o elemento pulsional, ético-estético e multidimensional do desejo-poder impulsiona a experimentação intensiva da vida grupal, visceral, profana e sagrada como intensidade existencial capaz de compreender em profundidade as políticas de agenciamento entre os sujeitos, agentes e instituições. (Santos; Souza; Santos, 2011, p.3)

Quando opera com a análise de implicação, a SCI afeta e é afetada pelos “[...] campos fluidos do inconsciente onde as representações dariam lugar aos fluxos, intensidades, movimentos de alteridade e multiplicidades. Campos, aí sim, “por excelência” da intervenção analítica (Paulon, 2002, p.9). E quais são os pressupostos dessas intervenções analíticas? Uma das pontuações importantes de Lourau sobre a implicação é que ela não pode se perder em uma demanda de cobrança produtivista em que se exige do outro um engajamento imperativo de estar no trabalho sempre em ação. A AI tem como característica as ações coletivas, pois analisa instituições e não sujeitos/indivíduos.

O analisador¹ é um conceito de Félix Guattari que deriva de seus estudos em Farmácia.² A partir desse conceito explicitam-se os conflitos e resoluções, importantes para o enfrentamento de uma pseudoneutralidade, que empobrecem a leitura e o entendimento da realidade (Lourau, 1993). Nesse campo, o analisador provoca quebra, separação. É um conceito inseparável do de transversalidade³ para a

1 O analisador propicia a explicação dos conflitos e suas resoluções, tornando manifesto o jogo de forças, interesses, os desejos e fantasmas. É produzido pela própria vida histórico-social-libidinal, como resultado de suas determinações e sua margem de liberdade (Baremblyt, 2012).

2 Félix Guattari nunca concluiu um curso de graduação, mas seus estudos abrangeram Farmácia, Música, Filosofia, Psicanálise, entre outros. Conceitos como “molecular”, “molar” e “analisador” derivam de sua passagem pelo curso de Farmácia (Hur, 2015).

3 “Interpenetração, entrelaçamento, rizoma (modelo de uma raiz vegetal que não tem membranas celulares nem limites externos precisos), que é imanente à rede social das forças produtivo-desejantes-instituintes-organizantes. A transversalidade veiculada pelas linhas de fuga do desejo e da produção é uma dimensão do devir que não se reproduz nem à ordem hierárquica da verticalidade nem à ordem informal das organizações. A transversalidade é capaz de provocar sín-

AI, pois “deslocaliza ou despessoaliza a intervenção” (Rossi; Passos, 2014, p.173). Em dois níveis, campo de análise e campo de intervenção, pode ser elemento de denúncia quando pensado em relação ao inconsciente (atos falhos, sonhos e sintomas, por exemplo), ou de transformação e mudança. Não é certo que todo dispositivo⁴ seja um analisador, mas todo analisador é um dispositivo. Assim, “a avaliação é um analisador só pode ser feita *a posteriori*, pelos efeitos de desvios realizados” (ibidem p.174).

Nas situações de intervenção socioanalíticas realizadas por Lou-rau e Lapassade, o momento da análise de implicação era essencial (Monceau, 2008). O conceito de implicação foi trabalhado por esses autores

[...] em oposição ao conceito de transferência e contratransferência da psicanálise. Consideravam que a separação entre transferência e contratransferência não tinha nenhum sentido, pois os analistas, como os analisandos, têm a mesma natureza. O que os distingue é a posição do dispositivo de análise e em particular a relação de saber e a relação de poder. Foi provocando uma análise de implicação que a Análise Institucional tentou fazer uma análise da instituição. (Monceau, 2008, p.21)

Na AI, portanto, a análise não é da transferência e contratransferência, mas sim de implicação, considerando os diversos atravessamentos das instituições e o lugar de desejo dos sujeitos (Monceau,

teses insólitas entre elementos incompatíveis, gerando efeitos à distância sem transmissores detectáveis, a partir de conexões locais. É uma travessia molecular através dos extratos molares. Trata-se de montagens, dispositivos ou agenciamentos heterogêneos inovadores que escapam aos limites de extratos, territórios, códigos, sobrecódigos e axiomáticas formais e oficiais, deflagrando efeitos transversais inventivos e libertários” (Barembliitt, 2012, p.197).

- 4 “Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito, são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre esses elementos” (Foucault, 2000, p.244).

2008). Perceber o quanto a minha sobreimplicação⁵ impedia a escuta da implicação que eu investia em outro lugar foi importante, no meu trabalho de supervisora clínico-institucional, para me posicionar no lugar de escuta das equipes, no lugar de conseguir interrogar o desejo onde ele pulsa. Nesse sentido, a noção de implicação me parece próxima do conceito de contratransferência (reação – consciente e inconsciente – que o material do paciente produz no analista). Mas, para a AI, a análise de implicação não é um processo apenas psíquico, nem inconsciente, mas de uma materialidade múltipla e variada, complexa (Barembly, 2012).

Implicar-se é incluir-se nas intervenções ou na cena analítica. Muitos estudiosos defendem o uso da contratransferência (conceito psicanalítico de resposta do analista ao analisado na análise) tanto como experiência a ser comunicada (afetos gerados pelo paciente no analista) ou como bússola para a ação. No campo da intervenção institucional, transferência e contratransferência institucionais são noções que ganham sentido socioanalítico: todos os profissionais da rede de atendimento de saúde mental, por exemplo, estão implicados, aí incluído o próprio supervisor clínico-institucional.

O conceito assegurou que as forças que passam pelo médico, educador ou pesquisador entrassem na análise feita das organizações. A direção dos trabalhos com grupo nas diversas intervenções deu a tônica da busca por conceitos que falassem dessa multiplicidade de relações. (Rossi; Passos, 2014, p.167-168)

Considero que a análise de implicação é um processo doloroso, mas compõe significativamente certa dimensão formativa da SCI.

5 Impossibilidade de analisar a implicação, em função de um envolvimento que nos impede de ver outros aspectos na cena institucional. Trata-se de um superenvolvimento e uma supervalorização de uma dada perspectiva (Monceau, 2008). Por exemplo, um militante de saúde mental está tão implicado, tão mergulhado, que fica impedido de analisar sua própria implicação, cegado pelas consignas do movimento institucional, submetido ao ideário do que é fazer a Reforma Psiquiátrica.

É um movimento que parte de certa coletividade, não se trata de uma análise pessoal-individual. Trata-se de reconhecer os grupúsculos que nos habitam, pelos quais nos constituímos e os quais constituímos (Baremlitt, 2012). É no encontro com o outro que nos formamos sujeitos, ou seja, é no laço social que nos encontramos e conhecemos (Freud, 2011). Por isso, nossas identificações são importantes materiais na análise de implicação (Baremlitt, 2012). Nela assumimos que o lugar e o posicionamento que ocupamos no mundo funcionam como Analisador.

Uma vez mais quero afirmar que a Análise Institucional não pretende fazer milagres. Apenas considera muito importante, para a construção de um novo campo de coerência, uma relação efetiva, e nítida, com a libido e com os sentimentos em geral. (Lourau, 1993, p.19)

Nesse sentido, a análise da implicação é uma ferramenta importante no trabalho com grupos e instituições. Vale destacar que o conceito de grupos e instituições ganhou força quando, em 1972, Lapassade trabalhou na Psicologia Social da UFMG e quando, em 1976, houve a vinda de psicanalistas argentinos exilados para o Brasil. Eles também trabalhavam com grupos, gerando um contraste com a experiência francesa (Rossi; Passos, 2014). O grupo é visto como ferramenta potente na pesquisa-intervenção, radicalizando a proposta da pesquisa-ação e a indissociabilidade entre produção de conhecimento e intervenção social (Passos; Barros, 2000; Rocha; Aguiar, 2003).

Além dos conceitos de implicação, sobreimplicação e análise da implicação, outras ferramentas do trabalho com grupos e instituições são pertencentes ao operar a AI. Há, primeiramente, a necessidade de apropriação pelo institucionalista do campo de análise, a despeito de haver uma intervenção. Nesse caso, é um tipo de análise em que se pode eleger um campo mais amplo para conhecer as relações entre seus determinantes, suas causas, os efeitos que produz (Rossi; Passos, 2014). Todo campo de intervenção pressupõe um campo de análise. O campo de intervenção envolve estratégias, logística,

tática, técnica para se operar sobre ele e efetivamente transformá-lo, pressupondo atividades desenvolvidas no campo de análise (Baremblytt, 2012). Com o intuito de explicitar os conflitos e as possíveis maneiras de equacioná-los, utiliza-se analisadores artificiais, como dinâmicas de grupo, rodas de conversa e teatro. Esses são meios de tornar manifesto o jogo de forças, desejos e interesses dos diferentes segmentos da instituição (Baremblytt, 2012).

Uma frase que, para mim, sintetiza uma característica inicial e relevante do processo da AI é: a análise da oferta precede a análise da demanda. No primeiro contato com o coletivo é preciso, antes de mais nada, ouvir as demandas que estão sendo dirigidas, sempre tendo em vista a oferta. Estar atento à análise da oferta é fundamental para o institucionalista, assim como para o Supervisor Clínico-Institucional. De certa forma é uma autoanálise das razões que o levaram a ser reconhecido como oferta para essas instituições. Estabelecer esse diálogo é necessário para entender o que os indivíduos pensam, esperam, fantasiam, buscam sobre o local da intervenção. Baremblytt (2012) comenta os aspectos conscientes/inconscientes ou manifestos/não ditos que surgem no interior da instituição e facilitam os passos iniciais da análise, no que diz respeito à demanda.

É o material de acesso inicial que já contém valiosos aspectos conscientes, manifestos, deliberados, assim como todo um filão de aspectos inconscientes e não-ditos que remetem a um esboço inicial da conflitiva e problemática da organização solicitante. (Baremblytt, 2012, p.136)

A análise da oferta olha para o próprio institucionalista, como instituição que propõe um serviço e problematiza o modo como as intervenções podem produzir ou modular as encomendas de intervenção que lhe são propostas (Baremblytt, 2012). Aqueles que são chamados a oferecer uma análise, como se essa fosse “a verdade” sobre uma instituição, devem atentar e manter em análise a encomenda de intervenção e as ofertas por eles feitas.

A toda oferta de prestação de serviços subjaz a duvidosa mensagem que consiste na suposição de se saber e se ter o que o outro precisa, que por sua vez não sabe que não tem e não entende o que é, porque é complexo, sutil, técnico. A análise da demanda deve estar necessariamente articulada com a análise da produção desta demanda – ou seja, a análise da oferta, que forma parte da implicação dos interventores. (Baremblytt, 2012, p.136)

Nesse sentido, a formação de um profissional institucionalista deve prezar pela diversificação, já que o institucionalismo permeia o complexo terreno das múltiplas dimensões sociais no intuito de identificar os movimentos a partir de sua posição instituída ou instituinte. O institucionalista deve considerar “todos os saberes de uma época, inclusive os saberes não-científicos, os artísticos, os populares” (Baremblytt, 2012, p.61).

8

INDISSOCIABILIDADE ENTRE PRÁTICA E TEORIA: A SCI E PROCESSOS FORMATIVOS

O ponto-chave é: a formação do institucionalista é interminável, assim como a do supervisor clínico-institucional. Pensar a dimensão formativa da SCI passa necessariamente por pensar de onde ela procede. A prática da supervisão atravessa diversos processos formativos em várias áreas profissionais. Sua configuração no campo da Atenção Psicossocial sofre influência da psicanálise (Coimbra, 2012), na qual a supervisão é entendida como um dos elementos primordiais em sua transmissão, compondo o tripé básico da formação, juntamente com a análise pessoal e o estudo teórico. Essa prática é tão importante para a formação que existe desde Freud e Breuer, em 1883, nos primórdios da psicanálise. Nela, os casos são apresentados e discutidos com um psicanalista com mais tempo de experiência, que carrega consigo uma bagagem profissional substancial na condução de diversos casos ao longo de sua trajetória. Geralmente a supervisão se dá mediante a transcrição de uma sessão que auxiliará o supervisionando a enxergar/ouvir possíveis pontos que até então encontravam-se obscuros na sua escuta clínica, produzindo intersecções entre o campo teórico, o manejo técnico e sua análise pessoal.

No âmbito teórico auxiliará o supervisionando a reconhecer as ancoragens conceituais da psicanálise, elucidando, a partir do material clínico, as manifestações da transferência, da resistência e,

consequentemente, do recalque, por exemplo. No aspecto técnico, o analista em supervisão se apropriará do manejo do enquadre terapêutico para que o inconsciente se apresente trabalhando seus elementos fundamentais, tais como o tempo da sessão, o pagamento e as faltas e férias, assim manejando as indagações operativas pertinentes às interpretações, apontamentos inerentes às construções em análise. Quanto ao âmbito da análise pessoal, trata-se de um encontro de inconscientes, de experiências que marcam e atravessam a subjetividade de ambos os implicados, presentificando-se no encontro a importância do cuidado de si. A implicação do analista configura-se como ferramenta no e para o processo de trabalho em análise (Stein, 1992; Mannoni, 1992).

O supervisor clínico-institucional sustenta dois objetivos fundamentais: potencializar as equipes através de um olhar crítico, reflexivo e instrumental-técnico para a situação das famílias e das pessoas atendidas, e colocar em análise o impacto emocional que elas causam nos profissionais. Ele é também um articulador de ações de integração e sinergia desenvolvidas através dos vários equipamentos sociais, aliando objetivos e propostas aos quais gradativamente se equacionam alguns obstáculos, tais como a fragmentação das informações e a discordância entre os membros das equipes, criando um modelo comum de intervenção sustentado pelo coletivo de trabalhadores e planejando e implementando ações junto da família por meio de relatos minuciosos sobre o caso clínico e todas as informações disponíveis, bem como de uma multiplicidade de olhares para compreender a dinâmica, os recursos e as carências do sujeito. Após os relatos, utiliza-se dados técnicos de visitas, intervenções, entrevistas, recursos da comunidade e informações sobre os serviços de saúde física e mental, bem como da identificação e estabelecimento de redes de cuidado no território, articulando reuniões intersetoriais e equipamentos para discutir conjuntamente o caso e as possíveis intervenções (Avila, 2013).

Nesse contexto, é importante a promoção de reflexões que considerem as dimensões do serviço, da rede, da gestão e da política pública, cabendo ao supervisor a tarefa de contextualizar

permanentemente a situação clínica, considerando as tensões e a dinâmica da rede e do território. Trata-se de priorizar o diálogo entre as dimensões políticas da clínica e as dimensões clínicas da política, fortalecendo o adequado andamento do serviço e do trabalho em equipe, estimulando as equipes operativas da Rede do Território e promovendo a construção do PTS, o qual permite a autonomia do sujeito e da família. Dessa forma, o supervisor não é portador do saber ou do controle, mas aquele que maneja a clínica e os impasses do trabalho, requerendo um lugar de suposto saber e de reconhecimento pela equipe e cumprindo, assim, a função de alguém externo e interno ao mesmo tempo, cujo trabalho tem desdobramentos e seu produto um registro (Alvarez, 2014).

Com o intuito de consolidar os avanços na implantação da rede de serviços de base comunitária e enfrentar seus enormes desafios e lacunas é necessário lançar mão de múltiplas estratégias de intervenção. A SCI é uma estratégia que emerge como resposta à complexidade da tarefa de implementar o paradigma psicossocial no campo das práticas. Essa estratégia tem como função articular, organizar e potencializar a rede de cuidados no enfrentamento dos problemas de saúde e saúde mental, fomentando o protagonismo das equipes que constituem os serviços e promovendo uma atitude de corresponsabilidade intersetorial e controle social. As ações intersetoriais como Centro de Referência em Assistência Social (Cras), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e outros recursos do território têm ampliado o acesso e as possibilidades de resposta às necessidades de atenção e suporte psicossocial.

É nesse contexto que a SCI constitui uma ação importante para a qualificação do cuidado. A SCI qualifica as equipes de trabalho por meio do estudo do caso clínico, na construção do PTS, na apropriação de ferramentas conceituais clínicas e das configurações sócio-históricas das condições de sofrimento psíquico. Nisso reside a dimensão clínico-política do paradigma da Atenção Psicossocial que fundamenta a Política Pública de Saúde Mental.

Qual a função das equipes nesse processo de cuidar? Broide e Broide (2016) indicam o desafio de analisar as relações

transferenciais com o território, para que as equipes não se identifiquem com a função de juiz, promotor, polícia etc., desconstruindo posicionamentos moralizantes e punitivos sobre os modos de vida da população atendida. Sendo assim, a SCI promove reflexões com o coletivo de trabalhadores dos serviços de saúde sobre as identificações produzidas nos laços sociais, promovendo análises de implicação. A potência subjetivadora do desejo, nesse sentido, faz parte do cuidado a ser produzido.

A SCI contribui com a reflexão sobre os laços sociais no território e a influência que possuem na constituição do sujeito. A reflexão por ela promovida subsidia a função de cuidado das equipes na promoção do reposicionamento do sujeito na cena promotora de sofrimento, na apropriação da história de vida, considerando que há uma proposição metodológica de incluir o sujeito e a família na construção do PTS (Severo, 2014; Onocko-Campos, 2014; Silva et al., 2012).

Assim, em um trabalho para a construção de algo, existe um sem-número de relações presentes, mas que não são explícitas ou conscientes. Elas emergem no grupo através do latente e do manifesto, através do sintoma, do sonho, do conflito etc. É necessário colocá-las o máximo possível em palavra, no grupo no qual se propõe a realização da tarefa. (Broide; Broide, 2016, p.67)

A SCI, como campo de reflexão crítica, fundamenta sua prática no serviço e no território, através da equipe concebida como um coletivo. Esse coletivo, em sua dimensão clínico-política e ética, fundamenta seu projeto clínico-institucional, promovendo a construção de referenciais comuns, potencializando a criação de novas estratégias de cuidado e configurando, assim, a construção de uma clínica no território, com o território e para o território (Brasil, 2007).

Entende-se a SCI como dispositivo que favorece e promove a autonomia dos serviços que efetivem a proposição sustentada pelo paradigma da Atenção Psicossocial, de maneira que a necessidade de interlocução entre outras formas incongruentes com este modo

de operar em Saúde deixe de ser sustentada e articulada. Trata-se, portanto, de despertar as sensibilidades para a redução de procedimentos que corroboram a clausura do sujeito através de meios que centram sua atenção em aspectos hospitalocêntricos, de maneira que a SCI promova e amplie espaços de acolhimento do sofrimento, das angústias e das alegrias, também a potência entre as relações institucionais e o fluxo de afetos relacionados à produção da vida (Delgado, 2013; Costa-Rosa, 2013; Severo, 2014; Onocko-Campos, 2014).

Contudo, as atuações nos serviços substitutivos ao paradigma psiquiátrico exigem outros modos de organização, com relações de trabalho horizontalizadas e baseadas na abordagem interdisciplinar e intersetorial dos problemas. Requerem também disposição e análise da implicação da equipe e da gestão para assegurar espaços permanentes de reflexão e questionamento sobre os processos de trabalho desenvolvidos, sua sustentação técnico-política e seu impacto na comunidade em questão (Palombini, 2004; Silva et al., 2012). Tais exigências se apresentam em cenários onde a diversidade é uma constante, em que muitos são os atravessamentos e desafios presentificados no cotidiano das práticas, seja na grande demanda de urgências reais e subjetivas de todos os envolvidos, seja pelas limitações do trabalho em equipe ou pelo desconhecimento e fragilidade da rede de saúde e das relações com os gestores, dentre outros fatores, o que permite entrever um cotidiano de trabalho intensamente atravessado e desafiador (Silva et al., 2012).

O modelo da supervisão clínica já existia desde a criação do CAPS “Prof. Dr. Luis da Rocha Cerqueira”, inaugurado em 1987 numa antiga construção localizada na esquina das ruas Itapeva e Carlos Comenale, na região da Bela Vista em São Paulo, próximo da Avenida Paulista. Ali o modelo contribuiu como um importante espaço para refletir sobre o cotidiano e para a construção das práticas que ali foram se criando (Yasui, 1999). Com a expansão dos serviços CAPS como serviços comunitários e territoriais de saúde mental, a supervisão foi diferenciando-se dos modelos tradicionais (psiquiatria, psicologia e psicanálise) nas quais ela é uma prática “realizada fora do território, e como conceituação, acreditou-se que a SCI não

existe sem o território” (Delgado, 2013, p.21). O trabalho de SCI caracteriza-se por alguns dispositivos, como o mapeamento das práticas no processo de trabalho e a experiência profissional na clínica e na saúde pública com ênfase no SUS, tendo como instrumento o uso da escuta e da palavra, bem como a construção coletiva dos casos clínicos, apresentando-se, dessa forma, como ferramenta/meio e não fim.

Nesse sentido, busca-se criar um campo de confiança para a reflexão crítica da equipe sobre sua prática no serviço e no território, trabalho que supõe o enfrentamento das limitações provenientes da formação acadêmica. Esse trabalho exige não apenas acompanhar o processo de constituição da equipe como um coletivo que compartilha um determinado projeto institucional e que está contextualizado nas dimensões teórico-técnica e ético-política, mas também promover a construção de referenciais coletivos e grupais, de modo a produzir estratégias de intervenção com usuários e familiares (Delgado, 2013). Para tanto é necessário que o coletivo de trabalhadores envolvidos seja investido quanto ao modo de construir a clínica do cuidado na Atenção Psicossocial em toda sua nuance e complexidade. Portanto, investigar a SCI no Brasil possibilita a compreensão do seu papel clínico-formativo em sua dimensão clínico-política.

Esse processo, em desenvolvimento desde o início da redemocratização brasileira, ancorado na Constituição de 1988 e reafirmado ao longo de Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais, foi interrompido a partir de 2016 com ações como a Emenda Constitucional (EC) n.95, em que as políticas sociais sofrem severos cortes em seus financiamentos e o SUS passa a ser alvo de desmonte, assim como as políticas intersetoriais (assistência social e educação, principalmente). Por meio de Notas Técnicas, o governo vem fortalecendo o movimento de retrocessos da Reforma Psiquiátrica, reforçando o papel estratégico e de centralidade do hospital psiquiátrico, enfatizando internações, inclusive de crianças e adolescentes, legitimando métodos biológicos de tratamento como a eletroconvulsoterapia e desqualificando a política de redução de danos (Delgado, 2019).

No Brasil, o desmonte do projeto de bem-estar social, a pauperização, a privatização do Estado e o acirramento da desigualdade

mostram o contexto sócio-histórico e político-econômico atual. Assim, defender a democracia é de ordem imediata, bem como combater a fragilização do SUS é a tarefa. Aos atores sociais do campo da Atenção Psicossocial diretamente implicados nos serviços cabe sustentar o exercício cotidiano, reafirmando práticas coerentes com os princípios e parâmetros da Atenção Psicossocial (Yasui, 2016; Delgado, 2019). Nesse sentido, levantar e sistematizar a história, os usos e sentidos da SCI no Brasil, investigando-a como dispositivo de fortalecimento para a transição paradigmática, apresentou-se, no atual cenário, como de suma importância para consolidar os princípios do paradigma da Atenção Psicossocial.

9

SCI E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A seguir abordaremos a que se referem os documentos oficiais e a produção de conhecimento, destacando aspectos relevantes e contribuições no processo de institucionalização da SCI.

As contribuições governamentais emergem em um contexto histórico de mudanças sobre a práxis da SCI, tornando oficial o que já se apresentava no processo de redemocratização do país e de Reforma Psiquiátrica e sanitária, viabilizando financiamento aos serviços em âmbito nacional a partir da Portaria n.1.174 de 7 de julho de 2005. A I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), em seu relatório final, indica que um dos objetivos a serem alcançados é a criação da supervisão e avaliação da Política em Saúde Mental, de modo que se engendre um quadro de constante análise das políticas implementadas tendo em vista sua efetivação.

Algumas questões norteiam a investigação que se apresenta: Como as instâncias de formulação de políticas públicas tratam do tema da SCI? Quais os instrumentos normativos que possibilitaram a institucionalização da SCI no SUS? Quais os referenciais teórico-metodológicos embasam a prática da SCI na saúde mental brasileira? A produção das narrativas foi feita por meio de entrevistas com os protagonistas envolvidos no processo de institucionalização da SCI no Brasil.

8 – DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS: promover uma nova política de recursos humanos voltada para a formação técnico-profissional em saúde mental, composição de equipe multiprofissional e educação continuada, em vista das propostas de reorientação da saúde mental; 9 – SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO:¹ criar mecanismos de supervisão que permitam uma constante avaliação dessa política, de modo que as necessárias adequações sejam efetivadas em tempo hábil, além de promover a implantação de um sistema integrado de informações em nível nacional. (Brasil, 1987, p.20)

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, em seu relatório final, apresenta as primeiras referências à SCI. Citada como “supervisão de equipe”, é referenciada como uma atividade que tem o objetivo de romper com a “alienação e burocratização do trabalho” (Brasil, 1994, p.20). A prática da supervisão apresenta-se como organizadora do cotidiano dos serviços substitutivos ao manicômio, articulando atividades e mudanças nas agências formadoras de trabalhadores em Saúde e criando e estimulando grupos de reflexão entre os profissionais, assim permitindo intercâmbios entre a pesquisa, a supervisão de equipe e o contato dos profissionais com o sistema instituído.

Estimular a criação de grupos de reflexão, onde os profissionais de saúde mental possam repensar suas práticas. [...] Garantir uma supervisão capaz de dar conta dos diversos aspectos da prática cotidiana dos serviços de saúde mental substitutivos ao manicômio. [...] Garantir, dentro da carga horária contratual, espaço para a atualização, intercâmbio, pesquisa, supervisão de equipe e contato dos profissionais com as suas entidades, no sentido de romper com a alienação e burocratização do trabalho. (Brasil, 1994, p.19-20)

1 Vale destacar que não se trata da Supervisão Clínico-Institucional. Nesse documento o termo “supervisão” se aproxima da perspectiva de monitoramento, propondo uma avaliação contínua e processual da implementação das políticas em curso.

O relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002b) se refere à prática da supervisão aliada ao debate e fiscalização de parques hospitalares psiquiátricos como forma de dar suporte à desinstitucionalização dos pacientes e implementação de serviços extra-hospitalares, também como dispositivo na formação e gestão participativa dos serviços, constituindo uma prática indispensável para o controle social e para a criatividade por parte dos trabalhadores e garantindo que tenham papel ativo no campo da Saúde Mental como movimento da Reforma Psiquiátrica. Entre os destaques, a garantia de supervisão clínica e institucional não apenas para profissionais da saúde mental, mas para docentes da rede de ensino estadual e municipal, assistência social, segurança pública e familiares de usuários, oferecendo discussões permanentes sobre projetos terapêuticos (Brasil, 2002b).

A Portaria GM de n.1.174/2005, sob a égide do Programa de Qualificação dos CAPS, institui e implementa nesses serviços a SCI. Delibera-a como um programa institucional e regular (semanal), através do trabalho de um profissional em Saúde Mental que seja externo ao quadro de profissionais do CAPS e que tenha comprovada habilitação teórica e técnica como forma de, com a equipe, desenvolver um trabalho de pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de

Assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada. (Brasil, 2005, n.p.)

Já na Portaria n.647/2008, relativa à necessidade de implementação de critérios normativos e operacionais voltados à atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, a SCI é referida e contemplada como uma ferramenta de formação permanente, devendo estar incluída nos processos de trabalho das equipes como forma de promover indiretamente a saúde mental dos adolescentes em situação de agravado.

Estabelece as Normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei 4.354. [...] Viabilizar a formação Permanente, com disponibilização de cursos e supervisão clínico-institucional de equipe, visando a promoção da saúde mental dos adolescentes. (Brasil, 2008, n.p.)

Os editais para SCI da Rede de Atenção Psicossocial trazem o conceito da SCI como parte integrante do Projeto de Qualificação dos CAPS. Definem a SCI como um espaço de discussão e estudos, através da equipe técnica e do supervisor, como forma de discorrer sobre os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e também sobre o próprio serviço, de maneira que sejam articulados ao território referido do CAPS e, concomitante, aos processos de gestão e da clínica do serviço. Leva-se em consideração para a seleção o Projeto de Qualificação, ao qual o supervisor deve atribuir qualidade técnica pertinente à SCI, bem como articulá-lo ao território e à rede de atenção básica, oferecendo um fluxo contínuo e sustentável do trabalho.

A Coordenação Nacional de Saúde Mental torna pública, em 2007, a recomendação “O ofício da supervisão e sua importância para a Rede de Saúde Mental do SUS”, no qual discorre sobre o exercício da prática da supervisão. Esta deve abranger o contexto institucional (serviço, rede, gestão e política pública), de modo que compete ao supervisor “contextualizar permanentemente a situação clínica” (Brasil, 2007, p.1) e levar em conta as tensões e dinâmicas da rede e do território de modo a sustentar o “diálogo ativo entre a dimensão política da clínica e a clínica da política” (p.1). Dessa forma, leva em consideração a construção singular do cuidado clínico e a complexidade da extensão existencial do sujeito em seu território. A recomendação também afirma que o supervisor leva em consideração as dificuldades e tensões internas da equipe, acolhendo-a em seus impasses de forma a construir um cenário propício para o desenvolvimento do trabalho. Cabe, então, ao supervisor, a tarefa de:

Compreender esta dinâmica, desvelando-a para a equipe – multidisciplinar, heterogênea, com tradições teóricas diversas e fenômenos grupais inevitáveis –, de modo a ajudar no andamento da vida do serviço e na construção permanente do trabalho da equipe (marcado por vitalidade e conflito). (Brasil, 2007, p.1)

A recomendação ainda define que o supervisor, independentemente de sua abordagem teórica predominante, deve encarar o desafio do novo cenário de prática buscando, com a equipe, a construção dos conceitos de rede, território e sujeito, a melhor forma de articular essas três dimensões com o projeto terapêutico e a maior autonomia possível, levando sempre em consideração a singularidade do cuidado clínico e a complexidade da grandeza existencial do sujeito e seu território.

O documento intitulado “A Supervisão Clínico-Institucional: sua importância para os desafios contemporâneos da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica no SUS” (Brasil, 2010) denota os esforços do Ministério da Saúde para fortalecer os cuidados na Saúde Mental. Para isso, propõe a SCI como forma estratégica de prática e apoio às equipes que lidam em seu cotidiano com o cuidado em Saúde Mental. Define a SCI como estratégia fundamental de qualificação permanente e espaço privilegiado que abre o precedente para a reflexão das práticas do cotidiano dos serviços, ao passo que sustenta o lugar da Reforma Psiquiátrica do SUS e da Saúde Mental na experiência do cuidado. Destaca que, no contexto da Saúde Mental, a Supervisão é entendida como um “território de qualificação das práticas cotidianas, um dispositivo de fortalecimento e qualificação da clínica ampliada e psicossocial” (Brasil, 2010, p.2), contribuindo, também, para o Cuidado Integral em Saúde e sendo consoante à Educação Permanente em Saúde e à Humanização do SUS.

Desse modo, o supervisor exerce sua função através de diferentes formações e práticas, explicitando a diversidade da equipe e sendo, assim, Clínico-Institucional. Ele considera os contextos de serviço, rede, gestão e política pública, possibilitando o andamento do processo de trabalho e o fortalecimento da equipe, a qual articula conjuntamente a construção do PTS. Além disso, demarca a Supervisão

como espaço social e histórico no âmbito da política pública à que se compromete na construção do SUS, pois demanda-se que o supervisor clínico-institucional esteja apropriado da trajetória histórica da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica, da Política de Saúde Mental e da relação com o contexto da saúde pública no SUS.

No relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, afirma-se a necessidade de garantir a SCI nos processos de trabalho como dispositivo de educação permanente, como princípio e diretriz geral de organização da RAPS para a ampliação do acesso e da rede e para a consolidação dos CAPS. A SCI é colocada como necessária para equipes de CAPS, ambulatorios, centros de convivência, casas de passagem e locais similares, com recursos específicos e permanentes para essas atividades (Brasil, 2010).

Nesse sentido, a SCI seria viabilizada como forma de sustentar o processo de implementação dos projetos terapêuticos institucionais, dinâmicas institucionais e fortalecimento da rede de cuidados, além de também ser uma estratégia de incentivo ao trabalhador sustentada pela gestão local, sendo garantido o financiamento pelas três esferas do governo, com ênfase em atenção à crise. A SCI, portanto, seria uma estratégia no desenvolvimento das ações e do cuidado na lógica da Reforma Psiquiátrica e da comunicação transversal permanente entre as equipes da RAPS. Ademais, essa conferência propõe que, por meio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com Secretarias, Diretorias e gestores locais, os serviços comunitários territoriais tenham garantida a supervisão clínica e institucional regularmente, com discussões permanentes de projetos terapêuticos dos usuários.

Considerando os dados apresentados no Quadro 1, podemos identificar que em 2005 ocorreram eventos significativos para o processo de institucionalização da SCI, como a publicação do 1º Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial e a Portaria n.1.174, correspondendo ao primeiro financiamento do Ministério da Saúde e à primeira normativa que norteava a prática da SCI. Observamos que, posteriormente, ocorreu a publicação de oito editais para SCI da Rede de Atenção Psicossocial, ampliando o financiamento na área.

Quadro 1 – Publicações oficiais destacadas cronologicamente

Ano	Categoria da Publicação	Espécie
1987	I Conferência Nacional de Saúde Mental	Relatório
1992	II Conferência Nacional de Saúde Mental	Relatório
2002	III Conferência Nacional de Saúde Mental	Relatório
2004	I Congresso Brasileiro de CAPS	Relatório
2005	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial I Chamada	Edital
2005	PORTARIA n.1.174	Portaria
2007	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial II Chamada	Edital
2007	O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS	Manuais técnicos
2008	PORTARIA n.647, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2008	Portaria
2008	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial III Chamada	Edital
2009	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial IV Chamada	Edital
2010	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial V Chamada	Edital
2010	A Supervisão Clínico-Institucional: sua importância para os desafios contemporâneos da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica no SUS	Manuais técnicos
2010	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial VI Chamada	Edital
2010	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial VII Chamada	Edital
2011	Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial VIII Chamada	Edital
2011	IV Conferência Nacional de Saúde Mental	Relatório
2012	Edital de Projetos de Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, Escolas de Redução de Danos e Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais	Edital
2016	Encontro de Supervisores Clínico-Institucionais	Carta de Porto Alegre

Fonte: Elaborado pela autora.

É preciso dizer que o Edital de Projetos de Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, Escolas de Redução de Danos e Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais não descreve ou conceitua a SCI. Porém, já no documento “O ofício da supervisão e sua importância para a Rede de Saúde Mental do SUS” (Brasil, 2007) se faz referência ao que cabe ao manejo da SCI:

A supervisão deve ser “clínico-institucional”, no sentido de que a discussão dos casos clínicos deve sempre levar em conta o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão, a política pública. Assim, ao supervisor cabe a complexa tarefa de contextualizar permanentemente a situação clínica, foco do seu trabalho, levando em conta as tensões e a dinâmica da rede e do território. Em outras palavras: buscando sustentar o diálogo ativo entre a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política. (Brasil, 2007, p.1)

Anteriormente à Portaria n.1.174, de 7 de julho de 2005, foram identificadas duas publicações. Na primeira delas, Coimbra (2012) questiona a ideia clássica de supervisão, em que o supervisor tudo sabe e o supervisionado nada sabe, o que reforça um modelo autoritário e liberal. A supervisão institucional não é uma ação neutra, como poderia ser esperado de uma técnica para acompanhar e orientar futuros profissionais. A autora cita diversas posturas de supervisores de estágio que pôde presenciar, dentre elas, a do supervisor autoritário que atua de forma a se considerar onisciente e onipotente, colocando, assim, o supervisionado na posição de desprovido de saber.

Para Coimbra, há muitas armadilhas na relação supervisor-supervisionado, dentre elas, transformar os últimos em cópias dos primeiros. Isso ocorre ao se tratar o futuro profissional como um “aluno”, na concepção original da palavra – “sem luz” e necessitado de iluminação. Em outra perspectiva, há a supervisão “liberal”, que oferece um enganoso viés democrático. O supervisor se apresenta como igual aos estagiários, remetendo a uma ingenuidade e a uma valorização do coletivo, mas desde que a liberdade de atuação obedeça a critérios e limites. O político, o social e o institucional, três

dimensões do trabalho, são desconsiderados e opera-se a supervisão como neutra e técnica.

Segundo a autora, o grupo de supervisão precisa ser sujeito, não assujeitado ou objeto. A Supervisão Institucional é aquela em que essa relação do grupo com a instituição está desvelada e dá margem a novas presenças e implicações. Supervisor e supervisionado chegam ao encontro já em moldes de saber e não saber, tendo que fragmentar seus enquadres para fazer-se fluir sem negar os lugares de poder, mas com possibilidade de expansão e não de enrijecimento das demarcações. A SCI, enfim, conduziria ao desarrumar do instituído quando, primeiramente, o supervisor assume que tanto seu saber quanto o dos supervisionados são importantes, ambos seguindo no caminho de invenção e da expansão de relações e saberes.

Em seguida, Fisch (1994), a partir de seu trabalho como supervisora em instituições de atendimento à saúde mental em São Paulo, coloca a necessidade de pensar a intervenção e sua contribuição para as equipes de profissionais atendidas pela supervisão. O artigo “Supervisão Clínico-Institucional e atuação do psicanalista”, escrito em 1994, inicia com uma citação sobre a ideia que Freud tinha a respeito da “formação”, não como um percurso com início, meio e fim, mas como uma interrogação fluida. A autora nota que as equipes, já naquela época, enfrentavam a desvalorização e descrédito, rotinas sobrecarregadas e dificuldade para encontrar diretrizes que norteassem suas atuações, tanto em relação aos membros quanto aos usuários do serviço e aos gestores e instituições nas quais estavam inseridos. Ela pontua que em muitos casos encontrou uma atmosfera de espera por uma figura messiânica e de salvação. A seu ver, isso também era devido à apropriação do caráter messiânico por instituições psicanalíticas de onde saíam supervisores. A postura equivocada era a de “missão formadora” de psicanalistas com uma causa (Fisch, 1994, p.98).

A autora pontua que atuou em bairros e comunidades, na instalação de espaços terapêuticos para populações com menor poder aquisitivo com a intenção de desmistificar a psicanálise como dispositivo burguês e praticá-la para a emancipação do sujeito. O conflito

derivado dessa ideia equivocada de psicanálise coloca essas iniciativas de desmistificação, que se expandiram ora como subversivas ora como revisionistas e burguesas, segundo a pesquisadora descreve (Fisch, 1994), como algo para poucos. Em sua experiência como graduanda de psicologia ela vivenciou a supervisão como uma tarefa que buscava bons alunos, bons procedimentos psicológicos e bons diagnósticos – saber *versus* não saber, e o saber como item vinculado ao poder. Nesse contexto, passou a se interessar por estudos sobre grupos em sua primeira e incômoda experiência como supervisora, ao substituir a então ocupante do cargo. Para a autora, ali estava “um tipo de supervisão própria de instituições que, com a pretensão de cuidar do usuário, se apropriam do paciente” (Fisch, 1994, p.99-100). A partir daí, ela passa a pensar na formação como um questionamento constante, distanciando-se do caráter messiânico associado à supervisão e trazendo à luz a necessidade de sintonia da equipe quanto ao pensar a tarefa e ao colocar em prática a reflexão.

Para os usuários, a autora destaca como fundamental que se sintam acolhidos pela instituição, não apenas pelo profissional de referência; também que sua queixa seja pensada como consequência de variáveis diversas, não de uma fonte só; ainda que se ofereça a ele possibilidades de compreensão a respeito das multidisciplinaridades envolvidas, bem como de vínculo com os profissionais. Ela pontua que a ideia de atendimento em grupos pode e deve ser considerada, mas não no sentido de atender mais pessoas em menos tempo ou de oferecer um atendimento coadjuvante. Já para os supervisores, Fisch considera importante pensar a instituição como entidade viva, articulada e articuladora, por onde flui um discurso com intencionalidade e que delinea o trabalho das equipes. Trabalhar com equipes para que estas trabalhem com os usuários, segundo ela, inclui compreender o momento de intervir no singular e o de intervir no coletivo.

Retomando a análise sobre as condições de trabalho na Rede de Saúde Mental, a autora atenta para a não continuidade da formação de profissionais da supervisão ou mesmo a falta de interesse em instituir a SCI em serviços, além da frágil estrutura dos serviços em

si. Criar melhores escutas com equipes e usuários a partir do viés psicanalítico poderia melhorar toda a rede, desde que essas práticas fossem coletivas e contínuas, não individuais e esparsas. Desmistificar o supervisor messiânico, mas também o médico que só receita calmantes, o usuário desgarrado, o profissional cumpridor de burocracias (Fisch, 1994).

Analisando-se essas duas publicações é possível perceber que mesmo antes da Portaria n.1.174, de 7 de julho de 2005, já havia alguns documentos que sinalizavam o potencial instituinte da SCI para o movimento da Reforma Psiquiátrica e a criação da Rede de Atenção Psicossocial. Entretanto, conforme apresentado e descrito nos Quadros 1 e 2, posteriormente à Portaria foram identificadas um maior número de publicações, perfazendo um total de 54. Os registros incluídos na sessão “produção de conhecimento” citam alguns referenciais teóricos pertinentes para a SCI: a Psicanálise (Finelli et al., 2016; Chung; Mendonça; Veloso, 2010), a

Psicanálise das Configurações Vinculares (Ávila, 2013), a Clínica Psicanalítica Lacaniana (Vasconcelos, 2015), a Saúde Coletiva (Onocko-Campos, 2014; Cordeiro; Godoy; Soares, 2014), o trabalho de Jean Oury (Santos; Campos, 2015), e a Atenção Psicossocial (Babinski; Hirdes, 2004), entendendo que nesta última se abriga uma confluência de conhecimentos e práticas (Silva, 2010). Tais publicações serão contempladas na discussão que se segue.

O conhecimento no processo da SCI não está dado ou acabado, é constantemente reinventado. O campo da SCI não possui saberes categorizados e solidificados, prontos para serem entregues por encomenda às equipes da Rede (Alberti; Palombini, 2012). Da mesma forma, a pessoa no lugar de supervisão não impõe saberes e/ou informações, mas os constrói em trânsito, com o desejo e o conhecimento dos trabalhadores das equipes (Severo; L’Abbate; Campos, 2014). Os saberes são construídos e sistematizados por meio de um processo metodológico, pelo circular da palavra entre os participantes durante o processo da SCI (Alberti; Palombini, 2012).

Nesse sentido, a SCI assume uma dimensão construtivista na educação, uma relação dialógica entre supervisor, equipe e rede de

atenção em que o supervisor atua como educador, não na lógica mecânica de emissor-receptor de conteúdo, mas sim no papel de facilitador ou promotor de fluxos de conhecimento e saberes (Faria; Schneider, 2020). O supervisor entra no papel de contextualizar a situação clínica e as dinâmicas de rede e do território (Chung; Mendonça; Veloso, 2010). A SCI compõe, assim, um processo educativo construtivista, crítico e emancipatório, com esclarecimento, organização e entendimento das práticas da equipe de saúde fundamentadas na redução de danos (Cordeiro; Godoy; Soares, 2014).

As dificuldades advindas de uma formação tradicional, que não dá embasamento para os trabalhadores da saúde lidarem com a complexidade das tarefas que a Rede de Atenção Psicossocial apresenta no cotidiano (Ribeiro; Silva, 2020), também podem ser elaboradas por meio da SCI. Essa é a outra face da dimensão educativa construtivista da SCI quando operada como lugar de educação permanente, fomentando mudanças nas práticas de trabalhadores da saúde mental no Brasil (Costa, 2017). Ela tem uma função subversiva para as linhas de poder instituídas nos serviços e é uma ferramenta de educação permanente para a promoção do cuidado em saúde mental no território (Alvares, 2014; Costa, 2017).

Essa dimensão educativa opera pela inclusão e valorização de todos os atores que estão no território, promovendo a conversa entre eles sem oferecer saberes fixos e manuais de atuação, olhando-os como corresponsáveis pelo cuidado em liberdade e pela manutenção aprimorada constantemente, com a valorização da contribuição da experiência e conhecimento de todos (Alvares, 2014). Essa dimensão educativa pode ser compreendida como um processo que visa a emancipação dos usuários e trabalhadores do serviço e o apoio aos profissionais de saúde no domínio dos elementos do processo de trabalho, revisitando-os e os ressignificando.

O manejo do trabalho da SCI tem como pressuposto que as equipes atuem como um coletivo capaz de ofertar um conjunto de ações terapêuticas, assumindo de fato um posicionamento ético no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, em oposição a lhes sustentar uma terapêutica institucionalizante e cronificante

(Santos; Campos, 2015; Borges et al., 2009). Isso porque a história da supervisão é a história da luta pela legitimação e consolidação dos CAPS como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (Faria; Schneider, 2020). Para a superação da lógica manicomial, outro compromisso da SCI, considera-se que apenas fechar os manicômios e criar serviços substitutivos não necessariamente altera o *modus operandi* de lidar com o sofrimento dos usuários desses serviços (Lemos, 2012).

A SCI opera como dispositivo de circulação da palavra entre os profissionais das equipes e dispõe de uma ética da escuta do desejo e da experiência singular, buscando inconsciências que regem escolhas, condutas e modos de pensar (Barleta, 2015). É assim que ela fomenta o fortalecimento das transformações para o modelo de atenção psicossocial (Severo, 2014). Nesse sentido, é inegável que a SCI seja fundamental para a movimentação das equipes na operação no território, para a construção de rede e para o acolhimento do sofrimento da própria equipe e dos usuários da rede (Pacheco, 2015).

Essa é uma das importâncias da SCI na qualificação das equipes dos serviços de RAPS: ela é propulsora da consolidação do modelo e se faz necessária para reorganizar a lógica de execução e as estratégias de abordagem do cuidado, nas quais os aspectos clínicos muitas vezes são suplantados pelos institucionais (Faria, 2017). Desse modo, a SCI proporciona que as equipes consigam valorizar e reconhecer o sujeito para além de seu sofrimento psíquico. Por meio do “trabalho sobre o trabalho” se oferece espaço e tempo para que os profissionais dos CAPS consigam pensar suas atuações no cotidiano, nas relações com os usuários e as instituições envolvidas, com a gestão e com as teorias e metodologias empregadas (Stefen, 2016). Assim, a SCI se torna indispensável para a Reforma Psiquiátrica e para a implementação dos serviços substitutivos (Coutinho; Medeiros; Trindade, 2012).

O supervisor tem o papel de contextualizar a cena clínica, as dinâmicas de rede e do território, oferecendo a possibilidade de repensar os casos, de construir os casos (Chung; Mendonça; Veloso, 2010). A SCI se coloca como um espaço de escuta potente para as

trocas e experiências, para elaborar o manejo clínico das situações críticas (Pacheco, 2015). O dia a dia nos serviços está permeado das relações intraequipe e extraequipe e, nesse sentido, para produzir o cuidado em liberdade o supervisor clínico-institucional as analisa, informa, provoca e acolhe, com interesse e respeito à singularidade do usuário (Faria, 2017). O singular da clínica, lugar onde o trabalho não é formatado em manuais e dispositivos rígidos de atendimento, é fomentado no processo da SCI (Brêda; Albuquerque; Ribeiro, 2015), que tem o papel de aprimorar a relação dos profissionais entre eles mesmos e com os usuários do serviço e de propiciar a fruição do trabalho terapêutico realizado (Prandini, 2019). Ela intervém como meio para destacar a singularidade e a política na clínica, fazendo fluir o conhecimento e os saberes para que se possa lidar com situações- limite.

O caso clínico é um disparador para repensar a dinâmica no território e integrar a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (Chung; Mendonça; Veloso, 2010). A escuta é essencial para operar essa tarefa, é preciso escutar e reconhecer a singularidade de cada sujeito, não apenas para redirecionar o trabalho em equipe, mas para repensar práticas coletivas e singulares de trabalho (Silveira, 2021). Ao construir os casos clínicos deve-se levar em conta as questões institucionais (Silva, 2010) e a SCI, para tanto, ancora-se teoricamente na psicanálise como aporte ético da articulação entre clínica e política (Albuquerque, 2013). É necessário reconhecer as influências do fator social no modo de atuar dos profissionais da saúde mental, é algo que deve ser fundamental na atuação do supervisor clínico-institucional (Lemos, 2012). Deve-se considerar que há uma ideia de grupo entre os profissionais dos serviços de saúde, fomentar as equipes a considerarem o contexto de vida de seus pacientes (LOPES, 2020), possibilitando a reflexão por seu distanciamento do trabalho cotidiano. Dessa forma, a SCI apoia a articulação de novos conceitos e teorizações a fim de que os agentes de trabalho possam construir novas categorias de análise (Onocko-Campos, 2014).

Por vezes as necessidades dos usuários são respondidas de forma inadequada pelas políticas governamentais e, por isso, a

SCI visa desenvolver projetos terapêuticos voltados para a singularidade da clientela (Severo, 2014), favorecendo a reflexão a respeito de estratégias terapêuticas e políticas de cuidado efetivas, responsabilizando todos os atores envolvidos neste processo (Borges et al., 2009). Ela é, assim, meio para formar e intervir, com estratégias como a análise permanente da organização do processo de trabalho, análise do cotidiano, discussão e construção coletiva dos casos. Seriam as discussões sobre o caso que deveriam orientar a organização da prática da instituição, algo que só ocorre em equipe (Onocko-Campos, 2014).

A supervisão dá apoio reflexivo, potencializando e articulando o trabalho da equipe e em equipe. Também promove a reunião de todas as informações disponíveis, sempre levando em conta os diferentes olhares e abordagens dos profissionais envolvidos (Ávila, 2013). Trata-se, portanto, da construção de espaços para a problematização, discussão e acompanhamento do processo de trabalho em saúde e intersetorial (Sousa, 2014). O espaço da supervisão aparece como aquele em que é possível processar o que é vivenciado no cotidiano e enriquecer a experiência para o cuidado com o outro, seja a equipe ou o usuário do serviço (Silva et al., 2012). A SCI oferece tempo e espaço para o debate, a escuta e o tracejar de novos caminhos no delicado laço entre política e clínica, rompendo com as leituras morais e com a automação no acolher do usuário (Ferreira; Goyatá, 2010a).

O supervisor é *êxtimo*,² na perspectiva Lacaniana, no sentido de estar dentro estando, ao mesmo tempo, fora de tudo que habita e orbita a cena institucional, ou seja, mantendo-se o suficiente-mente fora para problematizar as práticas e manter ativo o espaço criativo das equipes (Ferreira; Goyatá, 2010b; Borges et al., 2009). O supervisor deve ser um profissional de fora da instituição, com

2 O neologismo “êxtimidade” foi criado por Jacques Lacan, se referindo ao paradoxo: o que é mais íntimo, singular, próximo e interior ao sujeito está fora, no exterior. O termo foi usado pela primeira vez por Lacan no Seminário 7: A ética da psicanálise, em 1960. O sujeito terá seus desejos e movimentos balizados pela “êxtimidade” (Seganfredo; Chatelard, 2014).

olhar externo, experiência e saber teórico para transitar por temas clínicos e institucionais, de atendimento de casos a questões de gestão (Alvarez, 2014). Um exemplo disso foi a utilização da SCI como ferramenta para planejar e avaliar a rede no contexto da Reforma Psiquiátrica cearense entre 1998 e 2006, tendo como objetivo reduzir a “especialização burocrática” e flexibilizar as ideias sobre as relações de poder (Sampaio; Carneiro, 2007). Nesse sentido, a SCI tem resultados importantes para equipes de CAPS (Chung; Mendonca; Veloso, 2010).

Diante do exposto, podemos concluir que o processo de SCI engloba três ferramentas importantes: planejamento e análise institucional, análise permanente sobre o trabalho dos profissionais e fomento de discussões e construções coletivas sobre os casos (Leal, 2008). O planejamento e a avaliação são orientados por uma concepção dinâmica sobre saúde-doença, atualizando princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade (Silva et al., 2012). A SCI promove análises do processo de trabalho e seu mapeamento, bem como levantamentos de dados a respeito dos números de trabalhadores e funções, dos números de usuários, do modo como se estabelecem as relações dos familiares, da relação com o gestor e com a rede etc. Essas nuances das práticas do serviço são fundamentais para a elaboração do projeto de trabalho (Silva et al., 2012).

A análise dos processos de trabalho fomentados pela SCI se desdobra na qualificação da construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (Chung; Mendonca; Veloso, 2010; Sousa, 2014; Stella, 2016). As experiências de SCI podem gerar maior atenção a esses projetos, com o fortalecimento da ideia de que é preciso existir vínculo entre pacientes e profissionais de referência (Chung; Mendonca; Veloso, 2010). Por meio dessas experiências se realiza a assessoria e a promoção de discussões, o acompanhamento do trabalho realizado pela equipe de saúde e o monitoramento do projeto terapêutico do serviço, fomentando sua articulação com a rede de saúde e intersetorial (Sousa, 2014; Alvares, 2014; Vasconcelos, 2015). Promover a verbalização dos profissionais em relação ao seu sofrimento no trabalho é fundamental para a realização desse trabalho,

em especial quando o projeto terapêutico não é eficaz, por exemplo, quando não há corresponsabilização da família (Stella, 2016).

A SCI pode ser apresentada como uma ferramenta para a articulação do serviço com o território, para a qualificação das equipes, para o fortalecimento de dispositivos de cuidado psicossocial e para não reproduzir práticas do modelo asilar, mobilizando a produção do cuidado em saúde e disparando na equipe uma práxis criativa (Ávila, 2013). Nesse sentido, ela é instrumento estratégico na Reforma Psiquiátrica brasileira, uma metodologia de acompanhamento da clínica no território, potencializadora de estratégias de cuidado e articuladora da rede de atenção. Considerando sua importância nessa articulação, ela se coloca como ator importante para impulsionar os movimentos instituintes, desfazendo os nós. Muitas vezes é requerida para solucionar desentendimentos, sendo um estímulo para que as demandas da equipe e da comunidade não sejam conflituosas, mas sim relacionadas e sincronizadas (Borges et al., 2009). Ela é vista como um recurso que funciona quando há impasses que a equipe não consegue resolver, o que demonstra que há a ideia de que o supervisor é um solucionador de problemas (Finelli et al., 2016).

Nessa interface entre o clínico e o institucional, a supervisão problematiza também os conflitos entre o indivíduo e a sociedade, entre a natureza e a cultura, entre o individual e o coletivo, entre a clínica e o social. O supervisor convida a pensar e a visualizar as ações e intervenções dos trabalhadores, tanto em relação aos usuários quanto aos colegas da equipe e à instituição onde está inserido (Leal, 2008). Embora não responda ou não tenha que responder a todas as perguntas existentes no serviço, a SCI funciona como um respiro, para que os funcionários revigorem suas ações em uma política institucional que tem a clínica como direção ética (Ribeiro; Silva, 2020). Ela oferece a oportunidade de que a pesquisa e a reflexão sobre a clínica sejam feitas no território, além da possibilidade de que o próprio trabalho seja pesquisado e analisado por aqueles que estudam a área (Delgado, 2013). Assim sendo, lança mão de dispositivos clínicos e políticos na saúde mental coletiva, lidando com discussões e desvelamentos de conflitos sem o objetivo de eliminar

esses atritos, mas sim interrogando-os para que se tornem potentes (Silva, 2011).

Diante do exposto, a SCI é proposta como um dispositivo transversal do cuidado e da gestão do cuidado para amplificar a conectividade dos agentes e da clientela da Rede de Atenção Psicossocial, com positivos efeitos nas relações entre serviços, intrasserviços e nos serviços no território (Oliveira; Passos, 2012). A transversalidade é um conceito com várias facetas desenvolvido por Guattari em 1964, no período em que experimentava a Psicoterapia Institucional nos estabelecimentos psiquiátricos nos quais trabalhava. O princípio do conceito é o rompimento com a horizontalidade (igualdade entre todos os membros) e a verticalidade (hierarquia onde um tem poder sobre o outro), afirmando o exercício de promover uma comunicação máxima, uma hiperconectividade, assumindo ao mesmo tempo a dimensão coletiva dos problemas clínicos por vezes individualizados e a abertura dos grupos ao seu fora. Nesse sentido, a transversalidade é crítica ao conceito de transferência institucional, onde se analisa e interpreta as estereotipias edípicas. Guattari foi membro da Escola Francesa de Psicanálise, denominação da Associação Internacional de Psicanálise (Coutinho, 2007).

Quando aplicada ao cuidado, a transversalidade leva em conta o processo de produção de subjetividade, principalmente a partir dos conceitos de desejo, agenciamento e intercessor, atuando na linha da Esquizoanálise e levando profissionais à experiência da linha tênue entre saúde mental e saúde coletiva, clínica e política, atenção e gestão, supervisão e pesquisa (Oliveira; Rodrigues, 2015). Sem a pretensão de consolidar um modelo nos seus diversos modos e diferentes graus de transversalidade, a SCI potencializa a ação dos atores clínicos, sendo a clínica um ofício transdisciplinar que resulta na sintonia do afeto, que movimenta, dispara ações e trocas (Andrade, 2014).

Nesse sentido, a SCI é um dispositivo que promove transformação no modo de ser de equipes em instituições (Severo, 2014). Ela é legitimadora do sujeito e sua singularidade, o que deve ser base para o serviço (Finelli et al., 2016). Com ela se constitui um espaço

comunicacional dialógico, com espaço e tempo para a exposição dos casos e onde as discussões contribuem para encontrar estratégias que aprimorem o atendimento à clientela do serviço e a relação entre os membros da equipe, entre eles e o território onde atuam e entre eles e a comunidade (Alvares, 2014). A SCI é um dispositivo para formar e intervir, com estratégias como a análise permanente da organização do processo de trabalho, a análise do cotidiano e a discussão e construção coletivas dos casos. São as discussões sobre o caso que deveriam orientar a organização da prática da instituição, algo que só ocorre em equipe (Onocko-Campos, 2014).

A história pessoal e profissional do supervisor marca o modo de efetivar esse dispositivo, de efetivar o trabalho de supervisão (Silva et al., 2012). Esse efeito advém de um processo permanente, sem fim determinado, em que se faz obrigatória a construção de cuidados possíveis e diversos (Babinski; Hirdes, 2004). O profissional que trabalha a SCI deve viver a realidade dos serviços de atenção psicossocial (Brêda; Albuquerque; Ribeiro, 2015). Portanto, junto com outros dispositivos, a educação permanente, os grupos de estudo, as dinâmicas etc., a escola de supervisores assume a pretensão de sustentar a multiplicação da SCI nos serviços para o cuidado com o cuidador (Silva, G. M. da et al., 2012).

O termo “supervisão” é uma categoria psicanalítica relativa à formação dos profissionais de saúde, sendo dispositivo de transmissão quando o supervisor se ancora na posição de analista do coletivo e de cada integrante do coletivo (Barleta, 2015). Entretanto, o trabalho da SCI tem uma dinâmica que está em constante elaboração e (re)constituição (Brêda; Albuquerque; Ribeiro, 2015). Dada a complexidade envolvida no processo, questiona-se as possibilidades de transmissão das experiências, saberes e práticas desenvolvidas nesse campo, surgindo então a pergunta: se a supervisão não se ensina, como justificar a existência e funcionamento de uma escola de supervisores? (Pires; Mendes, 2019).

Primeiramente, a Escola de Supervisores surgiria como uma resposta à carência de profissionais habilitados e disponíveis para o exercício da função de supervisor clínico-institucional.

Considerando que a formação de supervisores precisa de maior ênfase em formação política, a proposta da Escola de Supervisores seria fomentar o campo de trocas entre os supervisores e suas práxis (Pires; Mendes, 2019; Brêda; Albuquerque; Ribeiro, 2015; Penkala; Soares; Remeh-De-Albuquerque, 2018). Nesse sentido,

[...] teve como objetivo formar novos profissionais, qualificar a prática daqueles que já atuam como supervisores nas Raps e estimular o compartilhamento de experiências entre as diferentes regiões do país. Assim, o projeto Escola de Supervisores Clínico-Institucionais foi uma estratégia da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde para ofertar a circulação de saberes articulados com os princípios e diretrizes do SUS, no sentido de fortalecer as práticas de cuidado e concretizar a Política de Atenção à Saúde Mental, a partir dos eixos norteadores da Reforma Psiquiátrica e dos princípios organizacionais do próprio SUS. (Penkala; Soares; Remeh-De-Albuquerque, 2018, p.545)

Embora houvesse esforços significativos do Ministério da Saúde para a implementação de iniciativas como a Escola de Supervisores, do total de projetos financiados entre os anos de 2005 e 2012 (925 projetos), 16 (1,72%) eram de implementação de Escolas de Supervisões Clínico-Institucionais, 58 (6,27%) de Escolas de Redução de Danos e 851 (92%) de SCI propriamente dita nos serviços (Brasil, 2011). Das 16 experiências, cinco ocorreram no Nordeste (Alagoas, Ceará, Paraíba, Rio Grande do Norte e Sergipe), quatro no Sudeste (duas em Minas Gerais e duas no Rio de Janeiro), duas no Centro-Oeste (Goiás e Mato Grosso), três no Norte (Maranhão, Piauí e Tocantins) e duas no Sul do Brasil (Santa Catarina e Rio Grande do Sul). Portanto, os dados indicam que poucos projetos de Escola de Supervisores foram financiados, mas ocorreram em todas as regiões do país. Nesse sentido, compreende-se que a iniciativa de Escolas de Supervisores é potente, desde que associada a uma forte Política de Educação Permanente que efetivamente invista na formação do quadro de profissionais de saúde mental da RAPS.

Aqui temos a síntese de um processo de construção e utilização da SCI no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira, com pontos fortes e críticas. Por meio desses registros foi possível compreender como as instâncias de formulação de políticas públicas tratam do tema da SCI e dos instrumentos normativos que possibilitaram sua institucionalização no SUS, registros apresentados e discutidos nas sessões “Sobre as contribuições dos documentos governamentais” e “Sobre as contribuições da produção de conhecimento”.

Dessa maneira, concluímos que o processo histórico de implementação da SCI pode ser analisado por meio dos documentos governamentais e da produção de conhecimento. Sugerimos que os movimentos da sociedade civil e das Conferências foram decisivos para que em 2005 fossem publicados o I Edital para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial e a Portaria n.1.174. Posteriormente, foram publicados oito editais que subsidiaram projetos cujos objetivos eram utilizar a SCI para fomentar a consolidação da RAPS. Além disso, é possível perceber a pertinência da psicanálise, das correntes institucionalistas, da atenção psicossocial e da saúde coletiva para a SCI.

Os registros incluídos e discutidos nesta revisão indicam que a SCI pode ser compreendida por meio de alguns eixos temáticos que perpassam seu processo de implementação no Brasil. Esses eixos temáticos são: processo histórico da SCI, políticas públicas de saúde mental e Reforma Psiquiátrica brasileira, atenção psicossocial, analisador-dinheiro, gestão, ferramentas, educação permanente, influências teórico-metodológicas, dentre outros subtemas transversais à SCI que serão discutidos na próxima sessão. A discussão que se segue foi tecida a partir da análise de narrativas construídas por meio das entrevistas realizadas com os supervisores clínico-institucionais e gestores que tiveram papel significativo e de destaque no processo de institucionalização da SCI no Brasil.

10

MEMÓRIA COMO UM FIO DE NOVELO REPUXADO EM TRANÇAS E ENTRELAÇAMENTOS

O propósito deste capítulo é identificar e analisar diferentes aspectos de como cada um dos entrevistados¹ vivenciou e experienciou a história da construção da SCI no Brasil. Convidamos como primeira entrevistada a Ana Pitta, que em 1982, no período da redemocratização do Brasil e a partir da eleição de Franco Montoro, foi convidada a exercer a função de diretora da Divisão de Ambulatórios da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Convidamos também Pedro Gabriel Delgado, em função das ações de gestão durante o período compreendido entre 2001 e 2010 que esteve à frente da Coordenação Nacional de Saúde Mental, momento em que foram publicados os editais para contratação de Supervisores Clínico-Institucionais.

Uma grande contribuição da banca no processo de qualificação foi o indicativo de critérios para a seleção dos demais convidados para as entrevistas. Existem inúmeros atores que poderiam colaborar com suas experiências no processo de produção de conhecimento em torno das histórias, usos e sentidos da SCI brasileira, mas, pensando na importância de mapear experiências plurais nas diversas

1 As narrativas de cada entrevistado estão reunidas nos Apêndices E, F, G, H, I, J, K e L.

regiões do país para acolher a diversidade das culturas no território nacional, e também nas contribuições das pessoas que estiveram presentes desde os primórdios da construção da SCI, definimos como demais entrevistados: Sandra Fagundes, de Porto Alegre, Rio Grande do Sul; Ana Marta Lobosque, de Belo Horizonte, Minas Gerais; Luciano Elia, do Rio de Janeiro, capital; Isabel Marazina, de São Paulo, capital; Emerson Merhy, de Campinas, São Paulo; e Maria,² proveniente de uma capital do Nordeste. Portanto, os critérios de inclusão dos entrevistados foram: (1) que fossem atores significativos no processo de institucionalização da SCI; e (2) que permitissem construir uma amostra capaz de contemplar a diversidade de experiências brasileiras nesse processo.³

A seguir traremos biografemas dos entrevistados, os quais enunciam e evidenciam seus lugares na história, tanto da Reforma Psiquiátrica brasileira quanto no processo de institucionalização da SCI no Brasil. Tenta-se a produção de um biografema à maneira de Roland Barthes:

O biografema é uma livre-produção textual na medida em que não deriva de significado (como a biografia), mas, enfatizando imagens, cenas, gestos, fragmentos textuais, pulsões, opera significâncias. O biografema não dispensa a biografia – usa-a, desmembra-a, desgasta-a. Disseminação, o biografema não hesita em lançar mão de todos os operadores de linguagem à disposição. Se a biografia opera com dados, instituindo a verossimilhança no biografado, o biografema retém o arbitrário na produção do ser-de-tinta que imprime no papel. (Kossovitch, 1987, p.57)

Todas as falas dos entrevistados grafadas em *itálico* e com *aspas*, a partir deste ponto e até o final deste capítulo, constituem-se,

2 Maria é o nome fictício escolhido pela entrevistada, que optou pelo anonimato nesta pesquisa, como consta na Introdução.

3 Os critérios de inclusão e exclusão dos entrevistados já foram descritos com maiores detalhes no Capítulo 1.

portanto, biografemas. Considerando o percurso dos entrevistados, compreendemos a importância de sua inclusão para contemplarmos os objetivos da pesquisa. As biografias são pertinentes, elas indicam vinhetas históricas e implicadas para o processo de institucionalização da SCI no Brasil. Nesse sentido, apresentaremos as narrativas enfatizando “imagens, cenas, gestos, fragmentos textuais, pulsões [...] operadores de linguagem à disposição para refletirmos sobre as histórias, os usos e os sentidos da SCI” (Kossovitch, 1987, p.57).

Considerando a importância de mapear experiências plurais em algumas das regiões brasileiras, para acolher a diversidade das culturas no território nacional, e também das contribuições das pessoas que estiveram presentes desde os primórdios da construção da SCI, foram entrevistados oito participantes: Ana Pitta, Pedro Gabriel Delgado, Sandra Fagundes, Ana Marta Lobosque, Luciano Elia, Isabel Marazina, Emerson Merhy e Maria. Os critérios de inclusão dos entrevistados foram: (1) ser ator significativo no processo de institucionalização da SCI; (2) constituir uma amostra capaz de contemplar a diversidade de experiências brasileiras nesse processo.

A questão disparadora das entrevistas foi colocada da seguinte maneira: “A pesquisa diz respeito a histórias, usos e sentidos da SCI no Brasil, todo o processo, a função e o ofício da SCI. A ideia é conversarmos com pessoas que têm um lugar no processo da Saúde Mental Coletiva no Brasil e você é uma das pessoas de referência. Quando você pensa em SCI, algumas lembranças certamente vêm à mente. Queria ouvir as suas histórias em relação a esse dispositivo”.

Ana Maria Fernandes Pitta

Ana Maria Fernandes Pitta graduou-se em Medicina pela Universidade Federal da Bahia em 1974. Concluiu o mestrado (1984) e o doutorado (1989) em Medicina Preventiva/Saúde Mental pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP). Em meio ao trabalho com supervisão e docência, fez pós-doutorados: um em Epidemiologia e Psiquiatria Social, no

Instituto de Recherche Mario Negri, Milão, Itália, em 1992; outro em Avaliação e Práticas, Programas e Serviços de Saúde Mental, na Division of Transcultural Psychiatry na Psychosocial Research Unit, Douglas Hospital, McGill University, Montreal, Canadá, em 1995-1996; e outro em Administração e Políticas de Saúde no Département de L'Administration et Santé, Université, Montreal, Canadá, em 1996. É especialista em Saúde Pública e em Administração em Saúde e Psiquiatria. Em 1998, aposentou-se como Livre-docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde atuava como professora desde 1976. Durante cinco anos (2014-2019) foi presidente do Capítulo Brasileiro da World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR) e, entre 2018 e 2020, presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (2018-2020). Atualmente é membro da Comissão de Saúde Mental e Drogas do Conselho Nacional de Direitos Humanos do Brasil e integra a Comissão de Desinstitucionalização da Sesab (BA), desde 2017. Em sua trajetória acadêmica e profissional atuou nas áreas de Saúde, Saúde Coletiva, Saúde Mental, Avaliação de Políticas, Serviços e Práticas em Saúde, Saúde Mental e Drogas, Subjetividades e Vulnerabilidade Social nos Transtornos Mentais e Uso de Substâncias Psicoativas, Reabilitação Psicossocial, Direito Sanitário, Psicodinâmica do trabalho e Bioética e Ética em Pesquisa. Entre suas publicações de destaque estão *Hospital, dor e morte como ofício* e *Reabilitação Psicossocial no Brasil*.

Uma das primeiras publicações que faz referência ao ofício de supervisor clínico-institucional é datada de 1987, na revista *Percurso*, n.2, do Instituto Sedes Sapientiae. Nesta publicação é indicada a parceria entre o referido Instituto e a Divisão de Ambulatórios da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no período sob a coordenação de Ana Pitta. Um dos primeiros documentos que encontramos (Fisch, 1994) apresenta uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido no período de 1984 a 1994, de um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, através da Coordenadoria de Saúde Mental, e do Instituto Sedes Sapientiae. Médica e doutora em Medicina Preventiva, atuando na Universidade de São Paulo e no

departamento de medicina preventiva da USP, Ana Pitta foi a primeira entrevistada deste trabalho e seu relato possibilitou o resgate histórico do processo de institucionalização da SCI. Afinal, é dela o marco inicial dos trabalhos de Supervisão Clínico-Institucional nos serviços de saúde mental, como diretora da Divisão de Ambulatórios da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Em nosso encontro Ana Pitta relata que seu primeiro contato com a SCI data da década de 1970, quando conheceu Emílio Rodrigué durante seu estágio na Casa de Saúde Ana Nery, na Bahia. Na ocasião, o supervisor clínico promoveu a reunião de equipe e a discussão de casos, com o uso do que Pitta chama de “*dramatização*”.⁴ Na sequência Ana rumou ao Rio de Janeiro para uma residência em Saúde Mental no Engenho de Dentro, onde tem contato com Antônio Celso, também supervisor clínico. Tratava-se da única residência em Saúde Mental no país naquela época. Além do Centro Psiquiátrico Pedro II, agora com Chelton Mello, ela supervisionava uma pequena comunidade⁵ terapêutica no Hospital Dr. Eiras em Paracambi-RJ. “*A sistemática era a mesma, na qual a equipe devia centrar-se na discussão de casos e, com isso, construir um saber oportuno àquele lugar e àquelas pessoas que estavam submetidas ao tratamento*”, explica.

Já em 1976, Ana Pitta vai para São Paulo, onde tem contato com Fernando Ulloa, do Grupo Quadrantes de Buenos Aires-Argentina, que trabalhou com Emilio Rodrigué. A convite de Matilde Neder, Pitta participou de um *workshop* em que convida Ulloa para conhecer o serviço de Saúde Mental do Centro de Saúde Samuel Pessoa, no Butantã, São Paulo, coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP, onde ela tinha um cargo administrativo de supervisora de equipe por indicação de Uraci Simões Ramos, depois de sua contratação como médica assistente, aos 26 anos. Ulloa, seu

4 Os trechos do texto entre aspas e *itálico* são as falas diretas e na íntegra dos entrevistados.

5 A Comunidade Terapêutica comportava cerca de 30 pacientes, enquanto no Hospital Dr. Eiras havia 3 mil pacientes.

convidado, promoveu com a equipe algumas dinâmicas que envolviam relatos verídicos e segredos vividos por eles no trabalho.

Essa integração também era foco da atuação de Raquel Soifer que, segundo Pitta, trabalhava com infância e mulheres, já que no local eram atendidos casos de maneira coletiva – mães, pais e crianças. *“Eu devo estar confessando uma certa origem argentina desse modo de trabalho... José Bleger, Pichón Rivière, Emilio Rodrigué, Fernando Ulloa, Raquel Soifer”*, pondera, mencionando a origem de nomes-chave para sua formação e experiência com a supervisão.

Pitta narra que os atendimentos eram realizados coletivamente, reconhece a importante influência argentina no modo de trabalho, nas figuras de José Bleger, Pichón Rivière, Emilio Rodrigué e Fernando Ulloa, aspecto assim enfatizado por ela: *“Afirmo ser de extrema importância que você registre e trabalhe isso, reconhecer a importância de determinadas influências como Pichón Rivière, José Bleger, Emilio Rodrigues, Antonio Lancetti, Osvaldo Saidón, Gregório Barembli, ninguém imaginou a grandeza da supervisão clínico-institucional e que atingisse tal dimensão. Não esqueça de mencionar que a supervisão clínico-institucional sofreu influências da psicanálise, da análise institucional de Lourau e de um processo de democratização”*. Também faz questão de frisar que a supervisão, a princípio, não era clínico-institucional, mas com o tempo ganhou o adjetivo de clínica, e depois de clínico-institucional, evidenciando que o tempo e a vivência aprimoram as experiências. Ao comentar sobre a relação da SCI com a educação permanente, Ana Pitta é categórica em dizer que *“não era uma educação antisséptica, burocrática, era uma educação erótica, no sentido de implicada, afetada. Eu considero Lourau, Paulo Freire figuras importantes porque é um processo construtivo, construtivista de formação afetação, afeto, a implicação, era isso que a supervisão clínico-institucional trazia para a educação permanente”*.

Ana Pitta atuou na Divisão de Ambulatórios no período de 1983 a 1986, e sua história, que se confunde com a história da saúde pública brasileira das últimas décadas, *“começa um pouquinho mais cedo”*. Com memória ímpar, ela traz nomes e toda a progressão

de um trabalho que expandiu uma rede de cuidados com a saúde mental utilizando a liberdade e cidadania como pontos-chave. Dessa experiência, em 1983, Ana Pitta teve as condições de deslocar a perspectiva da atenção à saúde mental do hospital para a comunidade e território. Porém, enfrentou o corporativismo ambulatorial, que impediu a mudança de nome para Centros de Saúde Mental. Ela assumiu a divisão de ambulatorios em um momento oportuno do ponto de vista político. O governador recém-eleito, Franco Montoro, era apoiado por uma coligação de esquerda – João Yunes era secretário de saúde estadual e Marcos Pacheco Ferraz coordenador de saúde mental, ambos apoiadores da defesa que ela fazia do cuidado em liberdade e do viés comunitário dos serviços de atenção à saúde mental.

Ela nos conta como era a organização da Saúde Mental. Havia o Departamento Psiquiátrico I, que cuidava dos seguintes hospitais psiquiátricos públicos: Pinel, Vila Mariana, Água Funda, Casa Branca, Ribeirão Preto, Lins, Sta. Rita do Passo Quatro, Botucatu, e o Departamento Psiquiátrico II, que abrangia o complexo do Hospital Psiquiátrico do Juquery, em Franco da Rocha, uma das mais antigas e notáveis instituições de internação do país, recentemente fechado. Segundo Ana, havia, na época, recursos financeiros e estrutura administrativa mais que adequados para os departamentos hospitalares e poucos recursos para o cuidado comunitário, ambos com grande força financeira, e a Divisão de Ambulatorios, espaço ao qual se refere como a “*a casinha simpática na Rua Itapeva, 700*”. Nesse local, Pitta foi chamando algumas pessoas para compor um novo lugar com uma nova lógica, como Antonia Maria Brandão Cipolla, Darci Neves Ribeiro, Mirsa Delloso, Jairo Goldberg, Sandra Fischetti, Cleusa Ulanin e Nerse Repach.⁶ Um pouco depois, Silvio Yasui completou a equipe, já que na época estava coordenando o Programa de Aprimoramento Fundap de psicólogos(as) no Juquery.

6 Eram profissionais que trabalhavam na Divisão de Ambulatorios, exceto Mirsa, que trabalhava no antigo Banco Banespa e era do CRP-SP.

Na Divisão de Ambulatórios, após algumas discussões, foi realizado um concurso para psicólogos utilizando recursos das Ações Integradas de Saúde (AIS) da Previdência Social, para o qual se inscreveram 5 mil candidatos. Pitta pontua que os recursos para o concurso não eram adequados para esse fim, mas sim para a reforma de prédios: “O que eu vou fazer com paredes, sem pessoas?”, ela pergunta. Concomitantemente, foram chamadas outras pessoas, como Sônia Barros (Enfermagem-USP) e Toyoko Saeki (Enfermagem-USP/Ribeirão Preto). A equipe multiprofissional e interdisciplinar assumiu a tarefa de escrever a *Cartilha de Saúde Mental*, instrumento norteador para a implantação de serviços de base comunitária e territorial, definindo a partir disso, em 1983, a composição das equipes: cinco psicólogos, três psiquiatras, três assistentes sociais, três terapeutas ocupacionais. Em 1983 as equipes mínimas estavam montadas. Para a médica, a melhor qualificação possível para esses profissionais era a SCI, que construía o saber oportuno onde as práticas estavam acontecendo. Ao mesmo tempo, havia a necessidade de “*inventar meios de financiamento e formas de contratação desses profissionais*”, pois abria-se aí uma nova modalidade de prestação de serviços. Pitta conta com orgulho que a principal característica da Divisão de Ambulatório era a “*coletivização e a democratização das decisões*”.

Ela busca apoio da Sociedade de Psicanálise, Psicodrama e do Sedes Sapientiae, nas figuras de psicanalistas como Lígia Amaral, Hanna Segal e Mario Fuks e psicodramatistas como Antonio Carlos Cesarino e colaboradores. Sua ida à sociedade de psicanálise e ao Sedes Sapientiae foi uma “provocação” na tentativa de “sensibilizar” profissionais para o trabalho de SCI, já que os recursos financeiros para contratações não estavam garantidos ainda. Os primeiros supervisores foram contratados por licitação, meses depois, já que era impossível nos serviços públicos a modalidade de contratação de pessoas para atuação intermitente (a cada 15 ou 30 dias). A discussão dos serviços de atendimento, daquela forma, mesmo com as dificuldades, é descrita por Ana Pitta como “revolucionária e construtivista” de falar e pensar o trabalho realizado por equipes

com usuários, movimentando um “saber oportuno” para a atuação prática do cuidado em liberdade.

Pitta cita Antonia Cipolla como responsável pela expansão do projeto, agregadora de diversos profissionais de diferentes áreas, a ponto de haver entre 25 e 30 supervisores clínico-institucionais coordenados por ela. Os encontros entre Ana e esses supervisores eram periódicos, com o intuito de tornar as decisões sobre as políticas de saúde mental democráticas e coletivas, algo que ela considera fundamental na divisão de ambulatorios. Os coordenadores dos ambulatorios tinham reuniões mensais, realizadas com o auxílio de Antonia Cipolla, Mirsa Dellosi, Jairo Goldberg e Cleusa Ulanin. Na Zona Norte da capital, Darci Neves cuidou de um projeto municipal de articulação de ambulatorios e UBSs, o Projeto Zona Norte, uma das primeiras experiências de organização de uma rede de assistência em saúde e saúde mental.

Ana comenta a importância da pesquisa sobre a SCI, lembrando a influência de Emilio Rodrigué e o fato de o manejo da supervisão teve a intencionalidade de produzir implicação, corroborando a potência de transformação no cotidiano das práticas *“contagiando as pessoas que nele trabalhavam”*. Ele e os psicanalistas argentinos usavam o psicodrama para exercícios de supervisão, o que inspirou Ana: *“Não tínhamos tantos supervisores para todos os serviços e para todos que demandavam, que estavam trabalhando na rede básica. Nós criamos as supervisões públicas e vieram pessoas da psicanálise, que foi a grande sustentação para essa experiência”*. O desenvolvimento das ideias não acontecia de imediato. A Secretaria de Saúde opera a partir da provocação dos atores implicados no processo de transformação. Os recursos não estavam sempre ao alcance, havia necessidade de permanente reivindicação para viabilizar a aposta nas políticas públicas alinhadas aos pressupostos do cuidado em liberdade. Ana diz que havia um compromisso sólido e regular para com a luta na implantação de uma Rede de Atenção Territorial e Comunitária Expandida.

Apesar de já ter citado tantos nomes de cabeça, quatro décadas depois, Pitta se incomoda por não lembrar o nome de uma pessoa

que participou desse grupo na época. *“Lembra depois de Myrna Pia Favilli, psicanalista que fazia supervisões de casos para públicos de até 120 pessoas no auditório do Ambulatório Centro à Rua Itapeva”*. Os ambulatórios foram se expandindo e chegaram, segundo ela, a 22 unidades, muitas advindas de reivindicações e demandas populares. Ela cita que o primeiro contato com Mirsa Dellosi se deu justamente na necessidade de implantação de um ambulatório de Saúde Mental no Jaçanã, onde se fechava um hospital psiquiátrico privado. Mirsa Dellosi trabalhava no Conselho Regional de Psicologia à época. Ela cita também a médica Luzemir Lago, que atendia no hospital psiquiátrico fechado e que teve uma postura de liderança no movimento reivindicatório, sendo a primeira coordenadora do ambulatório de Saúde Mental do Jaçanã.

O maior ambulatório público da capital, o Posto de Assistência Médica da Rua Prates (PAM Prates), no bairro da Luz em São Paulo foi sede de várias reuniões: *“Era o maior ambulatório público que drenava pacientes para redes de hospitais privados conveniados, o qual tinha como diretor clínico um dono de hospital, e aquele lugar servia para captar pacientes para preencher as vagas dos hospitais privados”*, explica. A primeira metade da década de 1980 foi marcada pelo retorno do regime democrático ao Brasil e, como parceiros na implementação de serviços de saúde mental, Ana Pitta e os profissionais dos ambulatórios exercitavam a democracia nos projetos de atendimento. O momento, como ela define, era “extremamente rico” e propício para as supervisões.

Ana fala de Marcos Pacheco de Toledo Ferraz, da Comissão Teotônio Vilela. Militante dessa comissão, ele não aceitava a situação existente no manicômio judiciário, no Hospital do Juquery e em outros hospitais psiquiátricos. *“Ele me apoiou até determinado momento, porque, obviamente, a radicalidade necessária para se implantar uma Reforma Psiquiátrica, uma rede de serviços territoriais competentes requer muita coragem”*, relembra. Os números são impressionantes, consideradas as dificuldades impostas pelo contexto da época. Foram implantadas 91 equipes de Atenção Básica

em UBSs (formadas por psiquiatra, psicólogo e assistente social).⁷ Até então, alguns psiquiatras atendiam como fornecedores de guias de internação e receitas em centros de saúde.

Ela destaca um projeto de desmedicalização em ambulatorios e UBSs, com especial preocupação com o uso crônico de benzodiazepínicos e antiepiléticos – que ela classificava como “moda” nas unidades. Como ela pontua, a transformação era amparada por material teórico e técnico: *“Para sustentar essa nova prática, a supervisão clínico-institucional levava instrumentos técnicos, teóricos; líamos e distribuíamos alguns livros e textos”*. Membros como Jairo Goldberg trabalhavam e seguiam carreira acadêmica com mestrado e doutorado. Jonas Melman trabalhava com familiares de pacientes e transformou seu trabalho em dissertação de mestrado e posteriormente em livro (Melman, 2006), esse bastante lido. Coincide ali também o surgimento das Associações de Usuários e Familiares Franco Basaglia, em São Paulo, e Franco Rotelli, em Santos, litoral paulista.

Ela não permaneceu na Divisão de Ambulatorios até o fim da gestão, por ter enfrentado “dificuldades”. Pitta participou da realização do primeiro Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1985, no Centro Convenções Rebouças, em São Paulo. *“Eu lembro que na ocasião, foi um momento intensamente tenso, questionando-se o poder, mas isso aconteceu também na Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental que a gente tomou de assalto, pois estava na moda, a democracia era uma coisa pulsátil, vigorosa e a gente queria realmente desestabilizar o poder ditatorial instituído”*. Mesmo com o pioneirismo, ela diz ter sentido um grande incômodo e falta de apoio para o segundo encontro de trabalhadores de Saúde Mental, não obtendo o suporte da Coordenação de Saúde Mental.⁸ Faltando um ano e meio

7 Muitas dessas equipes em cidades médias se transformaram, nos anos 1990, em Ambulatorios de Saúde Mental e, nos anos 2000, em CAPS (DEVERA, 2005).

8 “Na verdade este segundo encontro foi organizado propositalmente sem apoio da CSM, por uma série de entidades como modo de afirmação de que era um movimento da sociedade civil e não do governo: ASSES – Associação dos Servidores da Secretaria de Saúde; Sindicato dos Assistentes Sociais de

para concluir o mandato do governador Franco Montoro, ela deixou a divisão e foi substituída por um psiquiatra que queria transformar o casarão da Rua Itapeva, sede da divisão de ambulatorios (que posteriormente seria sede do primeiro CAPS), em um serviço para atendimento de epiléticos. O mesmo casarão também foi cobiçado pelos engenheiros da secretaria para ser a divisão de obras – *“aquele casarão estava no metro quadrado mais caro de São Paulo, um casarão fantástico”*. O casarão foi foco de um projeto que Ana desenvolveu a pedido de Marcos Ferraz. Mas, antes, ela nos leva para sua jornada como professora docente de saúde preventiva na Nicarágua e em Cuba. Na Nicarágua, extremamente pobre, ela viu a experiência de uma equipe coesa atuando em uma *“casinha singela”* que eles nomeavam como Centro de Atención Psicosocial. A pobreza estava na falta de itens básicos, como cadernos de anotações e café. Para o primeiro item Ana emprestou seu caderno para que as receitas e relatórios pudessem ser feitos, já que não havia papel. O segundo só podia ser feito depois que ela e o psiquiatra da equipe, a quem ela descreve como *“lunático”*, fossem colher grãos de café.

Digo a ela que é de Cerqueira o livro onde resgato o capítulo sobre Psiquiatria Social e os profissionais da saúde que trabalham nesse novo modelo – um texto que funciona como uma baliza. Pitta conta então uma história de encontros que inclui um dos nomes mais destacados da luta antimanicomial brasileira, a médica Nise da Silveira. Na residência médica no Rio de Janeiro, em Engenho de Dentro, Pitta conheceu o Museu do Inconsciente e foi convidada

São Paulo; Sindicato dos Médicos de São Paulo; Sindicato dos Enfermeiros de São Paulo; Centro de Estudos do Hospital Pinel; Instituto Sedes Sapientiae; Grupo de Fonoaudiólogos de São Paulo; Sociedade de Psicodrama de São Paulo; CUT – Central Única dos Trabalhadores; Associação Paulista de Fonoaudiologia; Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Hospital das Clínicas da FMUSP; Grupo de Saúde Mental do PT; Conselho Regional de Assistentes Sociais de São Paulo; Núcleo de Trabalho e Estudos de Psiquiatria Institucional; Centro Comunitário de Saúde Mental de Parelheiros; Trabalhadores de Saúde Mental de Osasco; Instituto de Psicologia da PUC; Grupo de Supervisores dos Ambulatórios de Saúde Mental; Sindicato dos Psicólogos de São Paulo” (Yasui, 2006, p.41).

por Nise para trabalhar na Casa das Palmeiras. No meio daquele ano aconteceu o Congresso de Psiquiatria, Neurologia e Higiene Mental, em Brasília, onde ela apresentaria uma exposição fotográfica, “*porque a Nise atraía para si muitos artistas*” – ela cita Maria Bethânia e Fauzzi Arapp como colaboradores frequentes de Nise.

Na coordenação da mesa onde Pitta apresentou o trabalho fotográfico da Casa das Palmeiras estava Luís Cerqueira,⁹ com quem ela desenvolveu uma amizade duradoura até o seu falecimento em 1984. Luís Cerqueira, figura emblemática da Reforma Psiquiátrica no Brasil, manteve uma postura crítica ao modelo hospitalocêntrico ao longo de sua vida, implementando propostas de serviços comunitários de base territorial. A proposta dela para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com o nome de Cerqueira foi formalizada e assinada por Marcos Ferraz e João Yunes, já que o casarão – o belíssimo prédio no metro quadrado mais caro de São Paulo –, era motivo de disputas, conforme já destacamos. Para a equipe do CAPS Pitta convocou Jairo Goldberg, Sandra Fischetti, Sandra Georgia e Silvia Pereira, além de uma auxiliar de enfermagem que havia ajudado com o patrimônio da divisão de ambulatorios, Nerce Repach. Além deles, Pitta chamou os “*desgarrados*”, afastados de seus cargos por contestarem o poder psiquiátrico e tentarem desenvolver mudanças em seus locais de trabalho, entre eles Jonas Melman, ex-coordenador do ambulatório de Saúde mental da Brasilândia, e Silvio Yasui, coordenador do aprimoramento Fundap do Juquery.

Após sua saída da Coordenação da Divisão de Ambulatórios, Ana atuou como Consultora de Saúde Mental na gestão de Domingos Sávio Nascimento Alves.¹⁰ Posteriormente, quando passou à Coordenadora Nacional de Saúde Mental (1998-2000), elaborou um projeto de SCI para todo o país, mas não encontrou recursos financeiros para colocá-lo em prática. Seguiu consultora na gestão de Pedro Gabriel Delgado (2000-2010), período em que o primeiro

9 Seu trabalho pode ser acessado em Cerqueira (1984).

10 Domingo Sávio atuou como coordenador de Saúde Mental na área técnica do Ministério da Saúde na primeira metade da década de 1990.

Edital Nacional para Supervisão Clínico-Institucional foi publicado. Nessa experiência, entre 2005 e 2011, foram publicados oito editais para SCI da Rede de Atenção Psicossocial. Em 2012 foi publicado um edital de Projetos de Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, Escolas de Redução de Danos e Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais.

Pitta relata que na Bahia, por exemplo, foi possível realizar a SCI nos 82 CAPS existentes na época, tanto no interior quanto na capital. Nesse momento, ela estabelece um paralelo, comparando o período do início da publicação dos editais ministeriais e o período em que esteve na Coordenação de Saúde Mental do Estado de São Paulo, onde foi possível a implantação da SCI em 22 ambulatórios do interior e da capital. Houve dificuldade para encontrar supervisores para cidades distantes como Registro, no sul do estado de São Paulo. Ela afirma ser a SCI, da forma ampla como se deu e se dá, uma iniciativa brasileira de inspiração argentina. Para ela, a Reforma Psiquiátrica brasileira é filiada à italiana, *“mas eu não tenho dúvidas de que a maior Reforma Psiquiátrica no mundo é a brasileira, que tem 2.730 CAPS.¹¹ Não tem lugar nenhum que tenha isso. Os Estados Unidos tentaram fazer 2 mil Centros de Saúde e não chegaram lá”*. Comenta que a tentativa norte-americana ocorreu numa época em que Robert Castel falava sobre modelos, possibilidades e avanços na sociedade psiquiátrica com intervenção e reformas possíveis.

Ana afirma a importância da SCI para a sustentação da nova prática, tendo em seu cerne a instrumentalização teórico e técnica. Em suas palavras, *“A supervisão não é um lugar pacífico, é um lugar de tensão. Pegar o pêndulo da Política Pública de Saúde Mental e puxar para a esquerda porque a inércia puxava a direita”*. Diz ainda que *“a supervisão clínico-institucional que existe hoje, em sua magnitude, é nossa, é brasileira, sim há influência e formação argentina, mas é brasileira”*. Como ela nos relata, e podemos identificar nos documentos do Ministério da Saúde, o psiquiatra Pedro Gabriel Godinho Delgado tem uma importante participação para a institucionalização da

11 Essa informação pode ser verificada em Brasil (2020).

SCI. A seguir apresento seu relato ao trabalhar na definição do ofício de supervisor e nos processos dos editais, e ao apresentar os primeiros movimentos ocorridos no Rio de Janeiro.

Pedro Gabriel Godinho Delgado

Pedro Gabriel Godinho Delgado possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora (1975). Fez residência e mestrado em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1983) e doutorado em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (1992). Foi coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas do Ministério da Saúde de agosto de 2000 a dezembro de 2010 e presidente da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Em 2008 concluiu o pós-doutorado na London School of Hygiene and Tropical Medicine, da Universidade de Londres (2008). Em 2010, presidiu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial. Atualmente, é professor associado da Universidade Federal do Rio de Janeiro na Faculdade de Medicina e no Instituto de Psiquiatria (Ipub). É vice-presidente do capítulo brasileiro da World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR). Tem experiência nas áreas de Saúde Coletiva e Medicina/Psiquiatria com ênfase em Saúde Mental e atua nas áreas de Políticas Públicas de Saúde Mental, Psiquiatria, Saúde Mental, Desinstitucionalização, Políticas Públicas para Atenção em Álcool e outras Drogas, Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde. É autor do livro *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*, lançado em 1992, a partir de sua tese de doutorado, entre outras publicações.

Pedro Gabriel relembra que, em meados de 1990, já era professor da UFRJ e foi convidado para ser supervisor do CAPS II “Herbert de Souza”, em Niterói, Rio de Janeiro. O Herbert Souza, antes de ser CAPS II, era, segundo ele, um tipo de serviço de atenção diária. Ele diz que começou a supervisão semanal e depois quinzenal, o que possibilitou que ele acompanhasse a transição do serviço ofertado

no Hospital Estadual Jurujuba, na época em que foi transferido para o centro de Niterói, onde se constituiu como CAPS. *“A equipe era muito boa, tinha pessoas muito competentes, muito experientes, mas a gente trabalhava fundamentalmente a ideia de construção de um serviço territorial e trabalhava sempre em cima de casos clínicos. [...] era um pré-CAPS, digamos assim. Tinha uns casos que eram muito difíceis, casos muito complexos e graves, casos de manejo muito intrincado [...], eu via a minha função como alguém que quase estava ali como suporte para a equipe. Algumas vezes, a gente saía da reunião de equipe de supervisão e ia diretamente conversar com o paciente, porque o paciente estava no serviço naquele momento. A gente não tinha muito uma configuração, um ritual muito preciso”*, discorre ele a respeito do cenário da ocasião.

Pedro explica que, depois dessa experiência, atuou como gestor estadual do Rio de Janeiro durante um ano (1999-2000) e então assumiu a coordenação nacional de Saúde Mental no Ministério da Saúde. Por volta de 1996 acompanhou a construção do CAPS Irajá e participou diretamente da construção do CAPS Pedro “Pellegrino de Campo Grande” e do CAPS “Simão Bacamarte”, em Santa Cruz, na região oeste, ambos no Rio de Janeiro. Ele relata que a experiência foi difícil e que, na época, era o mais experiente de todos ali. Naquele momento já se discutia a função de supervisor e havia formulações sobre qual deveria ser o papel do supervisor, mas ainda não se sabia como definir o que eram os CAPS: *“Eu diria que pra mim, foi uma experiência muito importante [...] Não existia uma política sobre o CAPS [...] ninguém sabia direito o que era. Tinha aquela Portaria 224, da época do Domingos Sávio. Ela nos servia de baliza”*, recorda. Acrescenta: *“não havia uma configuração clara sobre o serviço, nem financiamento federal efetivo”*.

Ele não era vinculado ao quadro de servidores municipais na época (nunca foi servidor municipal) e, na década de 1990, atuava como professor da faculdade de medicina da UFRJ, no Departamento de Psiquiatria, mas não era algo formalizado: *“Eu não era um funcionário da prefeitura [...] Eu entrei na universidade tardiamente, em 1989. Nos anos 90, eu era professor da faculdade de medicina da*

UFRJ, professor do Departamento de Psiquiatria e isso certamente me servia, embora não fosse uma coisa formalizada. [...] mas não era um trabalho formal. [...] Não era um projeto de extensão. [...] A outra autorização extremamente importante era do Instituto Franco Basaglia. Ele foi criado no início dos anos 90 como instituto dos direitos dos usuários, e depois ele assumiu essa função de também ajudar na construção da rede”.

Ele trabalhava em um contexto em que os serviços de saúde mental no Rio de Janeiro não estavam ainda definidos, padronizados, por isso a importância do material disponibilizado pelo instituto: “O Instituto Franco Basaglia publicou um pequeno guia que foi chamado de ‘Guia dos Serviços Alternativos em Saúde Mental’ no município do Rio de Janeiro. [...] O que eu quero dizer para você que talvez interesse é que, neste momento, não tínhamos uma configuração acabada do que seriam esses serviços territoriais. Aliás, não se falava muito na questão do território. Eu me lembro que nós trabalhamos muito o conceito de território no CAPS Pedro Pellegrino. Chegamos a produzir um estudo sobre o território – O que é o território em Campo Grande? – que foi um documento de trabalho do CAPS Pedro Pellegrino”.

A supervisão entrou em sua prática quando Pedro se viu atendendo no CAPS Pedro Pellegrino e no CAPS Simão Bacamarte, um dia da semana para cada – única forma de encaixá-los em sua agenda e, mesmo assim, tendo que reduzir o tempo do Simão Bacamarte por já haver uma pessoa que assumia essa tarefa lá. No CAPS Pedro Pellegrino ele participou da implantação da equipe e, a princípio, seu papel ali seria temporário, mas se estendeu por cerca de dois anos. Ele classifica tanto a equipe quanto a experiência em si como “muito boas”, e relata que Erotildes Leal publicou um texto sobre sua experiência de supervisor deste CAPS, nos anos posteriores.¹²

Ele fala sobre a situação em Campo Grande: “[...] Era uma equipe de implantação do serviço [...] em Campo Grande, em uma área cedida pelo Ministério da Saúde, uma área do antigo Inamps, que tinha ambulatórios [...] casas alugadas [...] em uma praça do centro. A gente

12 O texto pode ser acessado em Leal (2008).

*olhou aquela pracinha e pensamos ‘vai dar jogo’, mas nos reservaram um espaço muito pequeno. [...] Muito apertado [risos]. Mas a gente pensou ‘é muito apertado, mas tem a praça aqui na frente, então vamos nos virando’. Foi muito interessante. No dia que eu ficava lá, que era o meu dia, eu ficava o dia inteiro. Eu ficava montando e já começava a receber os usuários. Lá não existia ambulatório de psiquiatria, nesses ambulatórios todos, de várias especialidades, naquela praça de Campo Grande. Santa Cruz também não tinha. Mas existiam pacientes que frequentavam outros serviços, como clínica médica, que circulavam por ali. Isso fez parte da negociação que fizemos com o diretor naquele conjunto de ambulatórios. Aquele conjunto de ambulatórios era um Posto de Assistência Médica (PAM) do antigo Inamps [...] A negociação envolveu que assumíssemos imediatamente algumas situações de pacientes que frequentavam os ambulatórios clínicos e eram pacientes com transtorno mental, que davam um certo trabalho, que iam a outras clínicas. Gostamos daquela proposição de parceria, achamos que estava bem colocada, porque não tínhamos problemas em começar, mas eram pacientes meio difíceis porque não eram tratados em lugar nenhum e ficavam entrando e saindo do posto de saúde. Como foram nossos primeiros pacientes, nós fizemos muitas atividades territoriais, muitas reuniões, reuniões em igrejas, reuniões na própria praça, reunião com a associação de moradores para explicar o que é o CAPS. Isso foi algo muito produtivo e interessante. Naquela época, nós já chamávamos isso de construção do território”.*¹³

Pedro conta que essa experiência ocorreu entre 1996 e 1998, pois em 1999 saiu da função de supervisão para ser coordenador de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Ele destaca que, justamente neste período, entre 1996 e 1998, ocorreu o I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, com o tema Paradigmas da Atenção Psicossocial. “O Congresso, organizado pelo Instituto Franco Basaglia, Hospital Philippe Pinel e Instituto de Psiquiatria da UFRJ, reuniu mais de 800 trabalhadores da saúde mental, do Rio e de outros estados, e gerou a publicação, em 1997, do livro de anais “Paradigmas

13 A experiência contada por Pedro pode ser lida também em Delgado (1999).

da Atenção Psicossocial”¹⁴ acrescenta Pedro. “O tema da supervisão dos serviços territoriais estava presente no debate desse Congresso”. Nesse período de três ou quatro anos, ele vivenciou uma mudança de cenário com a eleição, quando Benedita da Silva, do Partido dos Trabalhadores, assumiu como vice-governadora de Anthony Garotinho, na ocasião do Partido Democrático Trabalhista. Havia otimismo, uma expectativa positiva, mas, segundo relata, a realidade mostrou que não era bem isso: “Não digo que foi um erro, porque não se trata de erro, as coisas vão se construindo. Aqui no Rio de Janeiro, nunca tinha existido um governo estadual de esquerda. Era sempre o pessoal do Chagas Freitas, do MDB Chaguista, ultrafisiológicos, ou o pessoal da direita, Moreira Franco etc. O fato de ter entrado um prefeito de uma cidade do interior como governador, o Garotinho, tendo como vice a Bené, a Benedita da Silva, despertou um certo entusiasmo e eu fui convidado a assumir a coordenação de saúde mental e aceitei. Eu não tinha ideia de que assumiria uma função de gestão. Eu estava muito feliz dando aula na Faculdade de Medicina, feliz no sentido de que aquilo era um desafio – o ensino de graduação e o desafio de construir a Rede através do trabalho do IFB. Mas quando ocorreu essa circunstância, isso construiu a possibilidade de eu ser coordenador e acabei me tornando gestor de saúde mental, porque fui convidado também em razão de ligações políticas de esquerda. O secretário de saúde não era do PT, era do PDT, era o Gilson Cantarino. A vice-governadora era do PT e eu fui convidado pelo grupo da saúde do PT, porque eu participava da formulação de programas de saúde mental. Bené tinha sido candidata a prefeita um pouco antes e nós participamos da elaboração do programa de saúde mental para um município”.

Ele pensava em realizar uma tarefa estratégica como coordenador de Saúde Mental do Estado, relacionada à sustentação, formulação e enfrentamento dos serviços de saúde mental. A formulação a cada momento, coletivamente, e o enfrentamento dos desafios específicos eram completamente diferentes. O Rio de Janeiro era um local com presença forte de hospitais psiquiátricos e uma cultura de que esses

14 É possível acessar a publicação em Venancio; Leal; Delgado (1997).

dispositivos eram a melhor solução para usuários em crise. Em 2001 houve a III Conferência Nacional de Saúde Mental e foi aprovada a Lei n.10.216, grandes marcos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Pedro estava na coordenadoria nacional desde 2000 e, nesse cenário, lhe pergunto como ocorreu o processo que culminou na definição do ofício de supervisão e nos editais de contratação de SCI, em 2005. Como ele participou? Como o Ministério da Saúde foi se apropriando e configurando a SCI? Como ocorreu a construção das diretrizes, os documentos, como foi esse processo de implementar, de oficializar a SCI como política pública?

Ele explica que o I Congresso Brasileiro de CAPS, que ocorreu em 2004, em São Paulo, foi um momento-chave para essa construção da SCI como política pública, mas não se lembra se o relatório de gestão 2003-2006 já apontava nesse sentido: *“Esse congresso foi, em termos de ações que eu coordenei, em termos de atividades de debate coletivo, foi pra mim, o que teve melhor rendimento, participação, apesar de problemas logísticos, mas estávamos em uma conjuntura governamental muito boa. [...] Tudo ajudava. Nós incluímos o tema de um [...] grupo de trabalho sobre SCI, que foi uma das coisas mais importantes do Congresso de CAPS, que era destinada a responder isso que você está perguntando... vai ser uma política? Vai fazer parte da política? O que sustenta? Qual a direção estratégica? O que queremos com isso? Como definir? Eu me lembro que em nossa equipe do Ministério nós tínhamos discutido previamente um dispositivo estratégico, que é o dispositivo da escola, da Escola de Supervisores. A palavra escola é muito danada porque ela é apropriada por muita gente. Ela é muito apropriada, por exemplo, pelo pessoal da psicanálise porque na psicanálise existe escola. Mas existe escola dentro de tudo aquilo que o Bourdieu chama de campo de força, que é o campo de força de afirmação de conhecimento, do predomínio, de modelo etc. Existe escola desde a antiguidade. A palavra escola, tínhamos pensado a palavra escola, ela surgiu lá também e eu gostei de ter saído a designação de Escola de Supervisores. Claro que é um nome pedante [risos], mas eu acho que ele faz referência ao sentido clássico, que é algo que é uma construção, um processo. Estamos instaurando um processo e a Escola de Supervisores*

passou a ser uma certa linha de ação. Não foi uma proposta que se possa dizer que foi muito bem-sucedida, no sentido de sua implantação em vários lugares. [...] No período que eu fiquei na gestão [...] foi muito bom até as crises políticas, que a mais grave começou no final de 2004, 2005, mensalão etc. [...]”.

A continuidade do trabalho foi seriamente afetada pelas crises políticas citadas por Pedro. O Ministério da Saúde passou por mudanças relacionadas ao partido que o comandava, com a saída do PT e a entrada do MDB, segundo ele, em 2006. Isso trouxe uma mudança de linha política muito intensa e *“a área de saúde mental foi afetada”*. Ele segue descrevendo como a figura do ministro da saúde da época alterou o trabalho na pasta: *“Embora quem tenha entrado tenha sido uma pessoa da saúde pública, de Minas Gerais, um profissional da saúde pública, que era um deputado federal, que foi secretário de saúde de Montes Claros. Digamos que ele é um aliado do SUS, um militante do SUS, mas era um deputado do MDB, que logicamente trouxe novos dirigentes. Algumas medidas de gestão que estavam em andamento (como os Centros de Convivência e Cultura, por exemplo), foram suspensas. Mas a política de saúde mental seguiu seu curso”*.

Concordo com ele em relação a esses obstáculos do processo de gestão. Compartilho minha experiência, já que também trabalho como supervisora clínico-institucional de uma equipe em um Centro de Convivência (Cecco) no interior de São Paulo. Relatei que acredito que o Cecco é crucial para a atenção do território, para o CAPS não ficar encapsulado. Pedro diz, sobre o Cecco, que *“era um serviço, naquele momento, em 2005, sobre o qual já tínhamos avançado tanto, que era o momento de dar esse salto, no sentido de transformar o Centro de Convivência em uma experiência que não fosse só de Campinas, Belo Horizonte e de São Paulo capital. Fizemos um seminário, uma oficina em Belo Horizonte, e isso tem muito a ver com a ideia de supervisão clínico-institucional. As razões são sempre práticas e políticas. Em São Paulo nunca foi fácil, em São Paulo depende muito de quem está no governo. Em Campinas também havia toda aquela tensão no processo de cogestão, no diálogo com o modelo do Cândido Ferreira. Já estou te respondendo porque foi em Belo Horizonte e não em Campinas. Porque*

lá não se tinha uma imposição de um modelo de Centro de Convivência. Foi uma oficina maravilhosa. De trabalho, acho que foi um dia só, um dia ou dois. Foi dessa oficina que surgiu o subsídio para fazer a Portaria¹⁵ que institui a política de Centros de Convivência e Cultura. Eu não sei se já se chamava Centros de Convivência e Cultura, depois nós passamos a adotar esse nome. Recentemente, há uns 2 ou 3 anos, uma pessoa que acabou de terminar o doutorado, fez um estudo sobre Centro de Convivência e fez uma entrevista comigo na qual ela partia desta Portaria como sendo uma espécie de início do esforço de construir o Centro de Convivência como uma política de âmbito nacional. Ela foi simplesmente revogada. Eu sei exatamente quem revogou, mas não interessa quem trabalhou para revogar, mas foi justamente esse perfil meio autoritário e burocrático que existia na gestão do SUS. Como não se sabia o que era Centro de Convivência, não havia ainda uma definição normativa, pois era um dispositivo que constituía uma inovação, a portaria acabou sendo revogada nesse momento de transição política do Ministério. Era um dispositivo novo, mas que tinha passado pelo conselho nacional, estava validado, ninguém foi contra. Isso foi quando entrou nessa gestão. Por que eu estou fazendo essa digressão? Para dizer que a Escola de Supervisores, oriunda de 2004, embora tenha sido objeto de 6 editais enquanto fui coordenador, depois deixou de ser prioridade”.

Nesta mesma linha, para Ana Pitta, “a supervisão clínico-institucional não é um lugar de todos concordarem, um lugar pacífico”, e quem a ajudou nesse período a pensar o trabalho foi “talvez o mais questionador dos supervisores”, Antonio Lancetti, que utilizava técnicas psicodramáticas e sociodramáticas para lidar com as tensões durante suas supervisões. Essa tensão e cobrança desaguaram em uma saudade e carinho imensos, segundo ela. Sua definição é muito interessante: “O que ele fazia era pegar o pêndulo da Política Pública de Saúde Mental e puxar à esquerda porque a inércia puxava à direita”. Com essa postura, Antonio Lancetti a provocou a ser mais corajosa do que ela dizia que poderia ser, caso apenas seguisse

15 Portaria n.396, de 7 de julho de 2005.

prescrições oficiais. Ana discorre sobre como as ações no CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira eram éticas, políticas e estéticas. Ela recorda que atuou como primeira supervisora clínico-institucional, mas que, por estar envolvida em outros aspectos do trabalho, não deveria ser a supervisora externa disposta a escutar as demandas da equipe. Vários supervisores externos assumiram posteriormente essa função. Isso porque a ideia do grupo era de trazer pessoas de fora, “um elemento externo”, para ir até o Caps, partindo de sua concepção do que deveria ser a SCI: *“Sempre defendi que fosse alguém externo, se possível eleito pela equipe, reconhecido pela equipe, como alguém que possa dar conta das angústias e do trabalho interno”*.

Retornando para a entrevista com Pedro Gabriel Delgado, comentamos o quão é interessante a construção do conceito de cuidado em liberdade, do território e da Rede no processo de constituição da SCI. Refletindo sobre a narrativa construída, Pedro e eu identificamos que a supervisão é denominada “clínico-institucional” por se tratar de um compromisso ético-político entre clínica e instituição, para além dos limites tradicionais da simples nomeação “supervisão”.

Ele pontua algo interessante, sobre eu estar dizendo algo que não é consenso sobre a SCI e sobre concordar comigo nesse sentido. Pedro então discorre sobre a existência de modos de concepção da supervisão que não são os de um serviço aberto em território, substituto do centrado em hospitais e voltados para o cuidado em liberdade, com cultura, cotidiano, dia a dia incorporados. Na década de 1990 o conceito de supervisão mais tradicional já existia, segundo ele: *“Já existia nessa época, nos anos 90, o conceito de supervisão como ele é tradicionalmente concebido pela prática clínica da psicanálise, da psicologia. [...] da própria psiquiatria. Existia um outro conceito de supervisão que é o conceito da enfermagem. Algumas vezes, a gente teve que dialogar com esse conceito da enfermagem, que trabalha com um instrumento de trabalho chamado supervisão, que é o monitoramento, a orientação, mais pontual, mais direta. [...] Por que eu estou lembrando disso? Porque esse diálogo existiu. Quando se falava em supervisão, se pensava que tinha que ser assim ou assado. Aí existia um modelo de*

supervisão estritamente clínico, que é um modelo que existe ainda. [...] Restrito ao caso clínico, de certa maneira desterritorializado”.

Para Pedro, ao fazer o que ele chama de “recuperação histórica”, no período citado anteriormente, a SCI não era discutida como uma questão central, “algo decisivo”: “Precisávamos deste componente territorial criado de fato. Aqui [Rio de Janeiro] usamos muito ‘serviço alternativo’ durante um tempo. Essa palavra ‘substitutivo’ ganhou mais força e mais contorno depois, uns 10 anos depois. O trabalho em Niterói se chamava supervisão e eu era o supervisor. [...] Ponto. Não era clínico-institucional, era supervisor. [...] Para fechar essa parte da ideia da supervisão, de como ela entra no meu histórico profissional e de militância também [...] eu fazia porque achava que tínhamos que criar esses serviços”. Ele relata que no “Guia de Serviços Alternativos” ainda não existiam os serviços de todas as regiões do Rio de Janeiro, como por exemplo na Zona Oeste. O material contemplava um mapeamento pela Zona Sul e a chamada Zona Norte do município, onde existem serviços da UERJ e o “serviço-dia”¹⁶ Casa do Engenho, no Engenho de Dentro, hoje o Nise da Silveira.

Ele então conclui que, naquela época, a implantação realizada já era um trabalho de SCI, o qual ele coordenava com a equipe, mantendo uma ideia de supervisor como aquela “figura de sujeito ativo, ativo na sustentação de um serviço no território”. Ele acredita que a supervisão então realizada seria uma sustentação do campo reflexivo para a equipe fazer a construção. “Por exemplo, naquela região, a gente tinha a presença forte [...] do hospital psiquiátrico de Itaguaí [...] era uma clínica pequena porque aqui no Rio tinha muito hospital psiquiátrico e enfrentava a pressão direta dos hospitais psiquiátricos como um caminho mais fácil para as crises. A questão das crises era um desafio para os novos serviços. Eu já tinha formulado, mas não sei se tinha escrito, eu não escrevia muito, mas a ideia de que uma função, que não era estritamente a supervisão clínica, mas que não era uma função da

16 Embora funcionasse em área hospitalar, o termo “Serviço Dia” foi eleito em detrimento do termo “Hospital-Dia”, justamente como contraponto e recurso ao modelo manicomial.

gestão, mas era uma função conexa à condução política institucional do serviço, que era a supervisão, ela se tornava necessária. Essa concepção eu já tinha. Eu já tinha também um diálogo em relação a esse modelo de supervisão estritamente clínico, pelo fato de ser limitado e pouco efetivo para o funcionamento no serviço territorial”, recorda. Pedro Gabriel então pontua que há uma característica na supervisão que ele considera imprescindível: *“Eu sempre achei que a supervisão tinha que ser clínica para discutir caso ou ela não é supervisão. Tinha muito modelo, eu vi isso quando eu fui gestor nacional, esses modelos pedagógicos de supervisão, estritamente pedagógicas, uma supervisão pensando muito na educação em saúde. Eu achava que tinha que partir da situação clínica mesmo e abrir para as questões institucionais e territoriais etc. [...] a partir do cuidado, totalmente a partir do cuidado”.*

Em sua perspectiva, há um modelo de educação mais rígido, por ser de formação permanente – clínico e psicanalítico –, o qual se aproxima da supervisão como a enfermagem a compreende, como uma ação de checagem, verificação e certificação de que as ações foram realizadas corretamente, para auxiliar a gestão. Na cidade do Rio de Janeiro, algum tempo depois, veio a ser constituído certo modelo de *“supervisores de territórios”* que ele não pôde acompanhar pois tinha ido para a Coordenação Nacional de Saúde Mental no Ministério da Saúde, em agosto dos anos 2000. Sobre esse modelo de supervisor no território, ele afirma que viu essa figura se transformar em algo mais próximo da gestão, a partir de algumas conversas nas quais se inseriu. Eu o questiono se esse modelo de supervisão não seria o que foi denominado de apoio institucional em Campinas-São Paulo, e ele concorda, mas diz que no interior paulista ocorria uma ligação administrativa mais clara, além de existir um supervisor do próprio serviço: *“Acho que tem essas configurações colocadas aí. Acho que em síntese eu respondi a tua questão”.* O tema da SCI é *“um tema intrínseco [...] ao processo de reforma, ao processo de construção de serviços territoriais, de serviços comunitários”.* Para Pedro, a Escola de Supervisores poderia ter interferido mais na construção e consolidação do modelo de supervisão, porém acabou enfrentando o que ele chama de *“vicissitudes da gestão”.* Afirma que por isso usou o

exemplo e que, quando deixou o cargo no Ministério (o ministro era José Gomes Temporão do PMDB), tinha “*uma compreensão muito clara do processo da Reforma Psiquiátrica*”. Ele segue falando sobre gestão e como as Escolas de Supervisores avançaram menos do que gostariam, não por recuo da gestão, mas por adversidades: “*Esse nome [Escola] não passa bem na burocracia do SUS. [...] Havia uma resistência ao nome supervisão que eu encontrava entre os colegas da gestão do SUS. Por que supervisão? Por que supervisor? Eu encontrei isso desde a época em que eu trabalhava também dentro da UFRJ, quando instituímos, no Hospital Universitário do Fundão, a supervisão para as interconsultas, isto é, para o atendimento dos pacientes internados no Hospital Geral. Supervisão é algo normal em um hospital de ensino, é rotina, porém gerava desconforto. Se perguntavam por que tinha que haver uma supervisão específica da saúde mental. No entanto, todas as especialidades davam supervisão aos seus alunos. Podiam dar outro nome, mas davam. Isso para dizer que o termo supervisor, supervisão, não eram bem acolhidos*”. Pergunto como é sua leitura sobre essa dificuldade e essa intolerância com o nome, e ele já responde dizendo que sua “*hipótese não passa pela questão da palavra propriamente, eu não sei dizer o porquê da palavra supervisão causar esse efeito*”. Ele se alonga ao discorrer do ponto de vista do gestor: “*As inovações que a saúde mental trazia nem sempre eram bem recebidas, no sentido de que fugiam um pouco do que se construía usualmente nos atos normativos da gestão. Eu acho que supervisão, a ideia de Escola de Supervisores, até porque o nome ‘Escola’ é mesmo pedante [risos], não foi muito bem acolhida pela gestão, exceto a saúde mental. Recordo um colega, Eduardo Passos, professor da UFF e ajudou muito na época, dizendo ‘vamos deixar esse nome (Escola) e depois a gente ‘equivoca’ o nome, a gente mostra que não é uma escola, magister dixit (a fala do mestre), é o processo’. Isto é: trata-se de um processo de transmissão, é um processo permanente de transmissão, que vai dar sustentabilidade aos serviços e ao novo modelo*”. De acordo com Pedro, a Escola de Supervisores não avançou tanto devido às dificuldades de gestão, já que nem sempre o que é posto como prioridade é implantado. Ele também cita a complexidade e tamanho do

país como fatores que contribuíram para esse cenário. “Estávamos enfrentando coisas mais graves, outras situações, como, por exemplo, desinstitucionalização, álcool e drogas, depois em 2008 e 2009 começou a crise política do crack e todas essas coisas foram tomando, atravessando e você vai tendo que construir prioridades”.

Ele retoma o tema da palavra “supervisão” como problema, inclusive apontando algo que é bastante delicado, a confusão entre “gestão” e “supervisão”: “Eu não tenho uma hipótese para te dizer por que eles não gostam da palavra supervisão. A gestão geral do SUS, mas pode ser até que essa minha impressão pode ser enviesada, que não tenha sido bem assim, mas eu já ouvi isso em vários lugares: ‘Por que que tem que ter supervisor?’. Depois, quando o gestor assume a supervisão, às vezes ele toma a supervisão como uma extensão da gestão, como aconteceu aqui no Rio e eu também encontrei em alguns estados, onde as pessoas eram nomeadas supervisores por conta dos editais e que não tinham ou a experiência ou a capacidade de transmissão para cumprir essa função. Não é uma função para um recém-formado assumir. [...] Mas tinham muitos recém-formados nomeados como supervisores, experiências pontuais. [...] Pensa em uma pessoa que é nomeada como supervisor clínico-institucional com uma pequena bagagem de experiência, ela vai executar apenas a tarefa normativa, apenas a tarefa da gestão. Mas isso faz parte do processo. Por isso que tinha a ideia de Escola de Supervisor. Quem é o supervisor, como deve ser”.

Pedro conta que na Bahia ocorreu uma experiência positiva com supervisores e me questiona sobre isso, sobre eu ter encontrado material a respeito desse trabalho no estado, mas eu não havia encontrado nada até então – encontrei um bom material referente ao Maranhão e ao Rio Grande do Sul. Ele me indica um nome para pesquisar: Tarcísio Andrade, “que escreve sobre álcool e drogas. Ele conduzia a Escola de Supervisores da Bahia. Cada um fazia com um formato próprio. O da Bahia foi muito boa enquanto durou”, diz. E completa informando que Ana Pitta participava desse trabalho. Interessa-me compreender como foi o processo de construção dos editais, em que a SCI é encomendada como uma função. Peço então a Pedro que me conte sobre o momento da escrita do edital,

de descrever as tarefas associadas ao ofício da SCI. Aqui deixo seu extenso relato, pois o considero excelente “cronista” e seu começo, meio e fim são essenciais para a compreensão do contexto e da atmosfera vivenciadas: *“Considere a turbulência em 2006, 2007. Você está perguntando o que essa encomenda significava. A partir de 2004, nós seguimos discutindo. De que maneira a gente construía a gestão? Tínhamos uma equipe, que não era uma equipe grande. A nossa equipe tinha menos de 20 pessoas e algumas muito jovens que a gente conseguia recrutar. Não tínhamos uma equipe de 50 pessoas, como foi possível depois do governo Dilma. Nós tínhamos uma equipe pequena, mas tinha mecanismos sistemáticos de interlocução coletiva. Não eram reuniões de perder tempo, eram reuniões para tarefas específicas. Na supervisão, por exemplo, a reunião de colegiado (Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde), conseguíamos fazer duas por ano, só duas. Nem todo ano conseguíamos fazer duas. Ela também discutia e ia construindo essas linhas de ação, que são as linhas de implantação da política. A supervisão clínico-institucional foi vista pelo Colegiado Nacional¹⁷ como um instrumento, como um dispositivo estratégico decisivo e importante, como absoluto consenso. Portanto, era importante fazer uma encomenda clara, que competia algumas coisas para esse supervisor clínico-institucional, que era uma tarefa que tinha atribuições que precisavam ser definidas claramente. Era uma tarefa e essa tarefa tinha atribuições. Sem colocar em ordem hierárquica, essa tarefa consistia em: primeiro um trabalho com o coletivo de trabalhadores do CAPS – acolhimento, de manutenção da integração da equipe, de facilitação do diálogo da equipe, quase como se fosse uma coisa de um certo gestor, no sentido de gestor das relações da equipe”.*

Aqui o interrompo para perguntar sobre a palavra “gestor”. É na função de gestar, no sentido de gestação? *“Isso, das relações da equipe, de manutenção em relação às crises da equipe. O que se espera de um supervisor? Eu sempre achei que isso era decisivo para o*

17 Portaria n.3.796, de 6 de dezembro de 2010. Com a participação de coordenadores de saúde mental estaduais e municipais, de municípios com 300 mil habitantes ou mais.

supervisor, porque as equipes estão frequentemente em conflito, os casos são muito difíceis. Esse nosso campo da saúde mental é sempre muito cheio de controvérsias. A tarefa da supervisão é manter uma certa unidade da equipe, mas uma unidade criativa, uma unidade que respeite a diversidade. A segunda tarefa é que ele tinha que lidar competentemente com os desafios clínicos colocados. Ele tinha que ter uma competência estabelecida e acreditada pela equipe, tinha que ter uma certa legitimidade. A competência era construída na legitimidade com a equipe. Também achávamos que a forma, para essa função, de definir essa competência, era ela se afirmar com a equipe, menos do que com os critérios de títulos acadêmicos ou profissionais. Mas para se afirmar com a equipe, ela se afirmaria ancorada em uma competência técnica, na tradição do conhecimento, porque as equipes eram formadas assim. Eu sempre tive um orgulho muito grande de ser gestor no campo da saúde mental porque as equipes eram muito exigentes em termos da construção do conceito, do argumento, da sustentação da sua prática, da ética, da ética da intervenção. O supervisor tinha que saber dialogar com a equipe, ser legitimado pela equipe, por uma competência que vinha do saber oriundo das tradições do saber do nosso campo e oriundo da capacidade de manejar situações complexas. Terceiro ponto – ele tinha que ser capaz de direcionar, para o que nós chamamos de atenção psicossocial, a situação clínica, que é território, cultura, cotidiano etc. Se ele fosse ‘clínicista’, se ele tivesse um reducionismo clínico, ele não cumpriria bem essa função. [...] Ele não faria muito essa função. Sabíamos disso pela experiência. Até hoje, se você tem uma supervisão reducionista clínica, os pacientes não ficam nos serviços, os pacientes são encaminhados. [...] Esse terceiro ponto é extremamente importante. Tinha que ser psicossocial, um modelo psicossocial. Sendo essas três coisas aí, ele cumpriria essa função. Vamos colocar uma quarta função. Com tudo isso, ele deveria ser aquela pessoa que, nos serviços, deveria assegurar a sustentabilidade da política de saúde mental, da política de atenção psicossocial. Ele não podia ser uma pessoa que não fosse da política de atenção psicossocial. Na seleção e no recrutamento dos supervisores, isso tinha que ser levado em conta. Não há aqui um consenso, mas considero decisiva esta vinculação ao campo da atenção psicossocial. Porque há supervisores que

não são do campo da saúde pública, porém podem estar comprometidos e alinhados com os princípios do SUS e da atenção psicossocial. Os supervisores iam ajudar a assegurar a sustentabilidade da atenção psicossocial, o futuro da atenção psicossocial.

Digo a Pedro que o primeiro item me remete à conceitos como autoanálise e autogestão, do campo da Análise Institucional, e, quando ele diz que tem que ser alguém legitimado pela equipe, eu fico pensando na questão da análise da oferta que precede a análise da demanda. Para mim, o supervisor clínico-institucional deveria ser alguém com recursos teóricos, conceituais e técnicos, mas também ter um compromisso ético-político com os parâmetros da atenção psicossocial e não comprometido com uma lógica manicomial. Ele complementa que também não poderia ser alguém que trabalhasse *“com uma lógica de clínica privada, mesmo que fosse uma clínica de consultório, porque isso também não sustentaria a demanda”*. Conta ainda que, quando foi ao Ministério da Saúde para atuar na coordenação, em 2000, já sabia que desejavam um certo modelo lá, que é o dos supervisores, mas com essa palavra sendo usada de modo genérico: *“As pessoas que vinham enviadas pelo Ministério da Saúde – isso desde os governos conservadores também – para ir principalmente para os estados do Nordeste, do Norte para dar palestras, orientações etc., tinham muito essa ideia. A partir disso, eu incorporaria aí um outro elemento que eu tenho certeza de que foi das nossas preocupações porque fizemos essa reflexão. Não nos interessava fazer com que o supervisor clínico- institucional fosse um grande mestre, que seguisse o modelo do mestre, ou fosse um grande especialista, que viesse, que reproduzisse a inequidade regional do país”*.

Intervenho dizendo que, se fosse assim, o supervisor teria uma atuação muito semelhante à função de jesuíta. Ele concorda e diz que isso de fato acontecia, quando o ideal seria que a Escola de Supervisores oferecesse uma formação descentralizadora e sensível ao loco-regional: *“É claro que é muito importante que uma pessoa vá em um determinado lugar, faça uma palestra, faça uma supervisão, uma orientação, mas o modelo da Escola de Supervisores era um modelo que formaria supervisores ligados ao contexto sociocultural regional. Não*

é local, é regional. Isso era uma ideia mesmo. Tínhamos a ambição da Escola de Supervisores ser cada vez mais regionalizada, cada vez mais descentralizada, cada vez mais local, cada vez mais vinculada com a cultura local. Porque isso é a ideia de formação mesmo. Por exemplo, um supervisor no contexto amazônico, com os ribeirinhos, com os indígenas, o ideal é que ele fosse se formando ali, mas é claro que ele teria que cumprir as outras três exigências anteriores, mas que fosse indo para as outras regiões do país. A ideia da Escola de Supervisores é formar supervisores oriundos da cultura local regional, formar mesmo novos supervisores”.

Sandra Fagundes

Sandra Fagundes é graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1980). Em 1982 concluiu Residência em Saúde Comunitária no Centro de Saúde Escola Murialdo, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Atua na Saúde Coletiva e Saúde Mental Coletiva, com trabalho e pesquisa dedicados aos temas: Políticas Públicas de Saúde, Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Gestão do Cuidado, Saúde Mental Coletiva, Reforma Psiquiátrica, Educação Permanente, Pedagogia da Implicação, Integralidade e Constituição de redes de Atenção à Saúde. Em 2006 concluiu o mestrado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. No campo da gestão pública atuou como Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em 2014, e diretora do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (Dahu) do Ministério da Saúde, em 2015. Atualmente é professora convidada da Maestría en Salud Mental da Universidad Nacional de Córdoba, na Argentina, e da Residência Integrada de Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Na área clínica é psicoterapeuta e psicanalista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre (SBPdePA). É também conselheira do Conselho Consultivo da Fundação Perseu Abramo desde 2016.

Sandra cita Pedro Gabriel quando se refere aos avanços históricos da Política Pública de Saúde Mental. Ela enfatiza a oferta da SCI e o financiamento desta prática como eixo fundamental para a consolidação dos serviços comunitários territoriais. Para ela, enquanto coordenador Nacional de Saúde Mental, Pedro Gabriel é *“quem implanta a SCI como parte da política pública através de editais com financiamento federal”*. Depois, Roberto Tykanori Kinoshita na coordenação Nacional de Saúde Mental, substituiu a SCI pelo intercâmbio entre os CAPS, nomeado de Percursos Formativos, experiência referida por alguns profissionais como *“marcante e decisiva para a suas práticas”*. Sandra afirma que se trata de outra oferta à disposição, mas que não substitui a SCI, sendo complementares e potentes para a aprendizagem.

Ao assumir a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em 2014, ela trabalhou o cofinanciamento do SUS pelo Estado, incluindo o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Trabalhou na inclusão da saúde mental na atenção básica como dispositivo para os municípios de menor porte, visto que eles reivindicavam essas ações nas conferências de saúde e de saúde mental. Dessa forma, criou-se projetos de oficinas terapêuticas na Atenção Básica (AB) em Saúde Mental, onde o trabalho dosicineiros ocorria na lógica da integralidade, não sendo necessariamente profissionais da saúde mental, mas de arte, educação física, entre outros. Assim se implementavam os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (Naab) em Saúde Mental.

O cofinanciamento incluía os custos efetivos dos CAPS, a supervisão, os leitos em Hospital Geral, equipes de redutores de danos, dentre outros recursos citados no livro de Sandra.¹⁸ Dessa forma, ela passa a incluir o financiamento dos CAPS dividido entre Estado, Município e União. Os leitos em Hospitais Gerais tiveram um desdobramento inverso: o Estado já financiava antes da gestão, que participava e manteve essa proposta, sendo que depois

18 Para maiores informações sobre o tema do cofinanciamento ver Fagundes et al. (2014).

o ministério ampliou os recursos para leitos nos HG. No Brasil se constituíram Escolas de Supervisores, abrangendo a diversidade de arranjos de implementação da SCI, para sistematização dos modos de fazer e de ensino. A SCI veio contribuir com esse processo a partir de meados dos anos 2000. Foram as experiências iniciais dos municípios que fomentaram a política, o instituinte precede o instituído. Sandra enfatiza que a política se cria a partir de processos instituintes municipais.

Ela descreve o início de sua formação por meio de sua função como membro da Atenção Primária na cidade de Porto Alegre, no bairro Paternon, a qual tinha por objetivo implementar a Saúde Mental na Atenção Primária, na década de 1970. Dentre os membros da equipe estavam médicos, enfermeiros, estagiários e residentes de formações multidisciplinares da própria Saúde Mental. Eram equipes que delimitavam seu território com as comunidades, nos morros e vilas, recebendo supervisão de especialistas, psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, pediatras, ginecologistas e veterinários. Sandra também conta que a supervisão tinha o objetivo de discutir situações individuais, familiares e comunitárias. O prontuário elaborado pelos membros da equipe tinha como objetivo o olhar comunitário, sobre a família, e o diferencial dessa forma de elaboração, ela relata, era que os prontuários ficavam com as famílias, não com o serviço.

Ela foi coordenadora da Política de Saúde Mental do Rio Grande do Sul (1987-1991) e desenvolveu uma política de educação permanente, com a criação de serviços garantindo a SCI às equipes. O objetivo, no período em que esteve na coordenação, era trabalhar na lógica da liberdade, proporcionando a desinstitucionalização de pacientes “*cronificados*” nos manicômios. Ela descreve suas memórias sobre o manicômio através do cheiro que o local exalava, a intransitabilidade do banheiro, a inexistência de privacidade, a má qualidade da comida, a impossibilidade de se escolher o que comer e a inexistência de um espaço de convivência. Dessa maneira, os novos serviços se propunham a construir outros registros, histórias e memórias.

Sandra avalia que no cenário atual a *“revogação da portaria já está acontecendo de fato no cotidiano dos serviços, mas ainda têm profissionais que estão lutando para manter um cuidado”*. Ela enfatiza que outra fragilidade do CAPS atualmente *“é que alguns profissionais [...] não têm noção do que é uma pessoa psicótica [...] ninguém atende um psicótico na sua integralidade apenas dentro de um consultório, um psicótico transborda um consultório”*. Ocorre que, no consultório, sozinho, o trabalhador não encontrará recursos para criar projetos de convivência. Nesse sentido, o CAPS perde sua função de continência e acolhimento.

De acordo com ela, as primeiras supervisões se fundamentaram na lógica de incluir e horizontalizar as relações de cuidado nos CAPS, para viabilizar e reconstruir a existência do usuário. Nas supervisões incluíam-se motorista, cozinheira, auxiliar administrativo, estagiário, profissionais de nível superior, todos juntos, com seus saberes sobre o usuário na construção do Projeto Terapêutico Individual (PTI) e, posteriormente, do Projeto Terapêutico Singular (PTS). É a liberdade da invenção, *“quem cuida de quem, quais são os recursos que cada um tem. Todos têm um potencial terapêutico”*.

Um dos temas centrais das supervisões era um certo *“desencanto e [...], um desgosto por ser coordenador/a do serviço”* que produzia o esvaziamento na função de gestão. Ela diz que *“Nos primeiros serviços, as pessoas queriam ser coordenador, não tinham problemas em ser coordenador, pegavam junto, estavam inventando, eram autores, protagonistas [...] pra mim isso é um marcador”*. Mas que, com o passar do tempo, *“um dos temas da supervisão era como se produziu tanto desgosto e tanto esvaziamento nesta função de coordenação”*. As questões apontadas nas supervisões eram de que a gestão *“é um cargo de confiança, onde o governo indica alguém, embora, em muitos municípios houvesse se conquistado que a coordenação fosse ocupada por indicação da equipe [...] Não se implementou um plano de carreira para quem é coordenador, às vezes é, e às vezes nem é função gratificada”*. Para Sandra, a partir dos anos 2000, ninguém queria ser coordenador da equipe de saúde mental no CAPS: *“o problema é que ninguém queria ser coordenador”* e isso parecia um *“marcador de conflito”*, é um *“analizador”*.

Ela aponta que o professor pode acompanhar o processo do aprendiz, despertando nele o curioso gosto pela experiência de problematização que caracteriza o trabalho do cartógrafo. Em lugar de centrar o ensino do conteúdo, trata-se de cultivar e compartilhar processos de problematização envolvidos na atenção ao mundo e na atenção a si. Mas, quando questionada se é possível uma “*Escola de Supervisores*”, ela enfatiza que poderia ser outro nome “*Fórum*”, que “*Escola*” é muito formal, que precisamos de espaços abertos, que possibilitem troca, aprendizagem, registro e pesquisa.

Ela ainda destaca que no Rio de Janeiro e na Bahia houve experiências precursoras de um movimento de crescimento da SCI. Em Porto Alegre, entre 2005 e 2006, baseada em uma ética e uma política do cuidado em liberdade, Sandra participou dessa elaboração. As Escolas de Supervisores no Rio Grande do Sul se tornaram espaços de troca e amadurecimento das práticas da SCI na RAPS. No ano de 2011, em Porto Alegre, houve o I Encontro Nacional das Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais do SUS, com a presença de trabalhadores da Saúde como Ana Pitta e Fernando Ramos, o que estimulou a multiplicação desse dispositivo em todo território nacional. Ela também aponta reflexões controversas em relação à nomeação de supervisão, como uma visão além do alcance, como um lugar de onipotência de saber. E lembra que nas publicações do Ministério de Saúde na Política Nacional de Humanização do SUS foi incluído esse termo “*covisão*”.

Ana Marta Lobosque

Ana Marta Lobosque formou-se em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 1981, e fez Residência em Psiquiatria no Instituto Raul Soares, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), entre 1982 e 1983. Trabalhou como psiquiatra no Hospital Galba Velloso e como preceptora da Residência em Psiquiatria do Instituto Raul Soares, quando ainda não havia serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico em Belo

Horizonte. Participou da criação da Rede de Saúde Mental do município, no início da década de 1990, com atuação em alguns de seus Centros de Referência em Saúde Mental (Cersam), dispositivos equivalentes aos CAPS naquela rede. Em 2010 concluiu o doutorado em Filosofia na UFMG, com a tese *A vontade livre em Nietzsche*. Entre diversas publicações ao longo da carreira estão os livros *Intervenções em saúde mental: um percurso pela Reforma Psiquiátrica brasileira* e *Experiências da loucura*. Atuou como supervisora clínico-institucional na Rede de Saúde Mental e é militante da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e em prol do cuidado em liberdade. Atualmente trabalha no Centro de Referência em Saúde Mental da Criança e do Adolescente (Cersami), da região nordeste da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, e representa o segmento dos trabalhadores na Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica.

Para Ana Marta Lobosque, o método da Supervisão é uma consequência do seu amadurecimento como dispositivo de educação permanente. Ela entende que na história de construção da SCI, por um período, o Ministério da Saúde tentou formalizar a supervisão, como, por exemplo, com a criação de uma Escola de Supervisores. Mas sua experiência como supervisora antecede essa tentativa de formalização, pois ela se estabeleceu no trabalho a partir das demandas municipais, dos serviços e da rede que se construíam.

Ela conta que uma de suas primeiras experiências como supervisora clínico-institucional foi em um hospital psiquiátrico em Brasília, quando não havia serviços substitutivos no município. Era um processo de reestruturação e humanização de um local que não podia ser fechado naquele momento, mas os diretores do hospital estavam a fim de radicalizar a relação com os usuários, oferecendo “*abordagem singularizada para cada caso, na medida em que um local como o hospital psiquiátrico o permite, e que não é muito*”. Ana Marta diz que, naquela ocasião, a experiência valeu a pena porque os serviços abertos ainda eram poucos no Brasil. Hoje, já não se justificaria dar supervisão em um hospital psiquiátrico. E complementa: “*só aceitaria dar supervisão em hospital psiquiátrico na condição de acompanhar*

o processo de fechamento responsável, considerando a construção de projetos de desinstitucionalização, a reinserção social e resgate da cidadania dos usuários etc.”. Como militante do movimento antimanicomial, ela defende o fechamento dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços de atenção psicossocial.

Isabel Marazina, Luciano Elia, Emerson Merhy e Maria*

Isabel Victoria Marazina possui graduação em Psicologia pela Universidad Católica de Córdoba Argentina (1972), mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2004) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2012). Para este último apresentou a tese intitulada *A saúde mental pública na América Latina*. Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil. Atuou como supervisora clínico- institucional de unidades do CAPS, mas afastou-se dessa atividade por não concordar com a terceirização da saúde por meio da contratação/participação de Organizações Sociais. Seu papel na formação e fortalecimento dos serviços da Rede de Saúde Mental é fundante, tendo protagonizado diversas ações, especialmente na cidade de Santos, no litoral paulista. É autora de importantes artigos como “Saúde mental do trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura”, publicado em *Saúde Loucura 1* (Hucitec), e “Clínica em instituições”, publicada nos Anais do II Conpsic – Conselho Regional de Psicologia 6ª região. Atualmente é pesquisadora da Universidade de São Paulo e psicanalista em clínica particular. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Tratamento e Prevenção Psicológica. Sua atuação se dá principalmente em Pesquisa em Saúde Mental.

Luciano Elia finalizou em 1978 a graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Fez especialização em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Ipub/UFR) em 1982.

Seguiu carreira acadêmica com mestrado em Psicologia Clínica – Inconsciente e filosofia, pela PUC-Rio (1984), doutorado em Psicologia Clínica – Psicanálise da psicose, pela PUC-Rio (1992) e pós-doutorado em Psicanálise e Criminologia na PUC-Rio (1995). É psicanalista em formação permanente no Laço Analítico/Escola de Psicanálise, de cuja fundação participou em 1998 e do qual é hoje Analista Membro da Escola (AME) e integrante de seu Coletivo Diretor. Tem experiência na área da pesquisa em Psicanálise com ênfase em Metodologia da pesquisa em Psicanálise, Inconsciente e o Campo Público, também nas áreas de Discurso Analítico e Discurso Científico e Pesquisa Clínica em Psicanálise em Instituições Públicas de Saúde Mental, atuando nos seguintes temas: psicanálise, clínica psicanalítica, sujeito, saúde mental e clínica institucional pública. Em 2004 lançou o livro *O conceito de sujeito*. Atualmente, é professor titular da Área de Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cofundador e ex-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise (mestrado e doutorado acadêmicos) e coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas, ambos do Instituto de Psicologia da UERJ. É procientista, membro da diretoria da Assistência e Pesquisa em Psicologia Educação e Cultura (Appec), assessor técnico-científico “ad hoc” da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

Emerson Merhy é formado em Medicina pela Universidade de São Paulo (1973) e tem mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1983). Em 1990 concluiu o doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas e em 2000 tornou-se Livre-docente em Planejamento e Gestão em Saúde pela Unicamp. Na Universidade Federal do Rio de Janeiro é Professor Titular de Saúde Coletiva, Câmpus Macaé, desde 2012, onde também atua como Professor do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde e Professor Permanente da Pós-graduação do Instituto de Psicologia da UFRJ (Eicos). É Professor Doutor Honoris Causa da Universidade Nacional de Rosário, Argentina, desde 2019. Tem desenvolvido estudos no campo da Psicossociologia Crítica,

Comunidades Ativas e a Produção Cotidiana como Território de Construção das Redes Vivas de Existências, dando foco aos processos de subjetivação e os devires-vidas, humanas e não humanas. Constituem-se como questões centrais nos seus estudos as relações intercessoras entre micropolítica, educação permanente, subjetivação e produção de conhecimento, tendo desenvolvido metodologias de investigação pautadas pelos processos de avaliação compartilhadas. Sua experiência se dá na área de Saúde Coletiva, com ênfase nos processos de Avaliação da Produção do Cuidado, Mundo do Trabalho em Saúde e Educação Permanente, Processos de Subjetivação e Construção dos Territórios Existenciais. Atua como coordenador dos Grupos de Pesquisa Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva e Rede de Observatórios de Políticas Públicas, Educação e Cuidado em Saúde em diversas universidades.

Maria* é um nome fictício, escolhido pela entrevistada que optou pelo anonimato. É psicóloga graduada em 1994, com especialização em Psiquiatria Social, em 1996, e em Saúde Coletiva (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, 1997) pela Fiocruz. Concluiu mestrado em Saúde Coletiva. Em projeto via cogestão Fiocruz e Senad/Ministério da Justiça e Segurança Pública, atuou no apoio à municípios brasileiros no desenvolvimento do Projeto Redes, na perspectiva de organizar a atenção intersetorial às pessoas que consomem drogas. Fez doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Atua na docência e na área de Gestão e Assessoria no campo da saúde mental, na Desinstitucionalização, Reabilitação Psicossocial, Saúde Coletiva e Álcool e outras Drogas. Atua como supervisora clínico-institucional de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em uma capital do nordeste.

Em 1989, Isabel Marazina foi convidada por Antônio Lancetti para participar das ações de desinstitucionalização na experiência do município de Santos (SP). Ele propôs a SCI de forma orgânica e capilarizada. Era psicanalista, diferente de Tykanori, que a aceitou como supervisora em função da confiança política, apesar de sua formação. Entretanto, Isabel relata que levou consigo uma perspectiva psicanalítica social e política. Nesse sentido, Cesarino,

Pedro Mascarenhas e ela fizeram parte do grupo de supervisores do programa e certa tensão ideológica esteve presente, a qual não foi reprimida, tampouco desconsiderada por Tykanori. Isabel traz à lembrança nomes como Ângela Santa Cruz e Cleusa Pavan, que trabalhavam na clínica do Sedes Sapientiae. Elas compunham um grupo que na década de 1980 participou do primeiro convênio com a Divisão de Ambulatórios, e que elaborou um projeto clínico ético-político a partir da experiência adquirida na gestão da clínica social. Nesse sentido, a perspectiva de militância de Isabel perpassa a ideia de que é possível sustentar a horizontalidade nos processos de trabalho, o que exige movimentos e plasticidade que reportam questões identitárias para com a profissão, por exemplo, *“Ser psiquiatra. Deixar de trabalhar como psiquiatra em uma equipe multidisciplinar e aceitar que a cozinheira pode saber mais do paciente do que você”*. Destacando de forma sucinta o que Isabel aborda em sua entrevista, é de fundamental importância este trecho: *“O lugar da SCI não é um espaço de aperfeiçoamento ou de discussão técnica prioritariamente, mas de acompanhar os avatares de uma mudança de mentalidade. Diferentemente de outros espaços supervisivos, esse aqui nos confronta com a necessária ansiedade persecutória de uma mudança que ‘des-disciplina’ os saberes tradicionais e constrói o chão para uma possível e imprescindível reorganização desses saberes. Acho que isso não foi, em alguma medida, compreendido profundamente por muitos colegas que não usaram instrumentos que permitissem leituras mais profundas. Por exemplo, quando não se concebe o sujeito do inconsciente e não se tem, portanto, uma escuta psicanalítica, corre-se o risco de atuar mais na vertente da gestão e não levar em conta a resistência à mudança, os mecanismos inconscientes, o encargo como conceito da Análise Institucional do Lourau. A delicadeza na escuta do inconsciente, do não dito, é primordial para fazer uma mudança paradigmática, coerente com os parâmetros da Atenção Psicossocial. [...] As disciplinas são espaços identitários em processos cristalizados na identidade profissional. Por exemplo, ser psiquiatra. Deixar de trabalhar como psiquiatra em uma equipe multidisciplinar e aceitar que a cozinheira pode saber mais do paciente do que você – isso é sustentar a horizontalidade nos*

processos de trabalho, o que exige movimentos e plasticidade que reportam questões identitárias com a profissão. Assim, essas recomendações de mudança podem ter ficado como injunções superegoicas nos agentes de saúde mental, que eles transpõem para sua prática cotidiana. Esse trabalhador fica submetido ao mandato superegoico que escraviza qualquer condição desejante. Por isso, a SCI é um espaço indispensável para se trabalhar com essa injunção. A maior parte dos trabalhadores não vem com formação para compreender, então, a SCI está ali para desfazer esse nó, e talvez isso não seja compreendido”.

Nesse período, em 1987, ocorreu a inauguração do primeiro CAPS do Brasil, o CAPS “Professor Luiz Cerqueira”, na Rua Itapeva, em São Paulo e, ainda no mesmo ano, realizou-se a “*Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental na UERJ, no Rio de Janeiro. Era um momento muito fértil*”. Essa é a memória pela qual Luciano Elia inicia sua entrevista. Nesse momento iniciavam-se também, em Santos, os NAPS, sob a firme direção do incrível David Capistrano, Secretário de Saúde de 1988 a 1992, quando sucedeu a Telma de Souza (que havia sido eleita em 1988 em uma memorável vitória do PT) na prefeitura da cidade. Em 1988, Luciano Elia participou das comemorações do 1º aniversário do CAPS “Prof. Luís Cerqueira”. Ele relata que havia no CAPS “*um clima indescritível, só quem estava lá pode entender o que era aquela equipe, o entusiasmo, o desejo que atravessava aquelas pessoas. Inesquecível a palestra de Peter Pál Pelbart – ‘Um desejo de asas’, belo jogo de linguagem e poesia com o magnífico filme Asas do desejo, de Wim Wenders, de 1987, ano do nascimento do CAPS. [...] Em 1994 foi criado o primeiro Cersami (Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-juvenil), em Betim, Minas Gerais. As políticas estavam em construção, não existiam os princípios e diretrizes do CAPS, então eles deram outra terminologia*”.

Luciano conta que continuou trabalhando até que, por volta de 1998, ele e outras duas pessoas propuseram e supervisionaram a criação do Capsi Pequeno Hans, o primeiro CAPS voltado para questões infanto-juvenis no município do Rio de Janeiro e no país. Esse Capsi ficava na zona oeste e Luciano diz que “*a prefeitura depois nos confessou, pelo coordenador de saúde mental, que eles não*

acreditavam que psicanalistas iam para a zona oeste”. Ele conta ter muito orgulho dessa experiência. O Capsi “Pequeno Hans”, no dizer de Luciano, “é muito peculiar [...], é uma experiência que não vai se repetir [...], que aderiu simultânea e articuladamente a todos os princípios do SUS e das políticas públicas – que eram políticas vigorosas de saúde mental” – e, ao mesmo tempo, aos princípios e coordenadas da psicanálise, sem ver nesses dois campos qualquer contradição. Hoje é tudo bastante diferente, há uma política ‘devastadora’ em todos os campos, e, claro, na Saúde Mental”.

No Capsi “Pequeno Hans” a prática clínica “não era baseada em um modelo de consultório, acolhiam-se as crianças que eram evitadas nos outros serviços e a equipe sustentava que viessem todos os autistas que tinham que vir, crianças gravíssimas eram encaminhadas”. Mas, para isso, foi necessário criar o “Dispositivo Psicanalítico Ampliado (DPA), inclusive foi até um projeto de inovação na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, na parte de patenteamento, mas que não foi para frente. O DPA foi uma forma de colocar em prática os princípios da psicanálise em atendimentos coletivos com crianças. As crianças chegam, saem correndo, começam a fazer coisas e os técnicos acompanham na tentativa de [...] ter uma relação [...] singular [...] que permita que as intervenções vão sendo feitas de modo o mais sintonizado com os ditos e/ou atos das crianças”. De acordo com Luciano, essa experiência necessitou de “uma supervisão muito decidida” e os psicanalistas envolvidos na supervisão surpreenderam a gestão municipal, porque “a gente não foi de salto alto, a gente foi decidido para a zona oeste”.

A partir dos relatos desses personagens da história da saúde mental brasileira, podemos mapear diversas temáticas que são transversais ao processo de institucionalização da SCI no Brasil. Tratou-se da Educação Permanente, da Reforma Psiquiátrica, da Escola de Supervisores, da discussão sobre a entrada da Psicanálise nessa construção. São vários os eventos que mobilizam esse processo. De maneira semelhante, Emerson Merhy diz que vários eventos o mobilizam ao se lembrar das suas experiências no campo da SCI. E que alguns desses eventos não estão hierarquizados no tempo e que pedem um tempo de produção de memória. Ele cita a experiência de

Caps III ocorrida na região de Campinas, com a construção e experimentação coletiva de ações terapêuticas entre equipe e usuários. Essa e outras situações vividas na supervisão são aquelas que ele diz desejar lembrar. O conjunto de trabalhadores do Caps III e os usuários, cidadãos e cidadãs estavam ali em um processo de cuidado, como ele ressalta: *“Essa é uma memória forte pra mim”*. Outra experiência é a de SCI junto do colegiado de gestores da Casa de Saúde Cândido Ferreira, experiência que, na visão de Emerson, está ligada e pautada pelas forças instituídas e instituintes, não somente das instituições, mas que são múltiplas.

Cada um dos entrevistados, ao relatar suas memórias, afetos, cenas, marcas e desejos, os quais compuseram o processo de institucionalização da SCI no Brasil, dá pistas sobre os usos e sentidos a ela atribuídos. Esses usos e sentidos foram forjados ao longo do processo formativo dos atores envolvidos direta ou indiretamente na mudança paradigmática dos modelos de cuidado e da vida e serão narrados no próximo capítulo.

11

USOS E SENTIDOS DA SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL

A supervisão tem a intenção de produzir a implicação da equipe e corroborar a potência de transformação no cotidiano das práticas. Sem ensinar, mas no contagiar as pessoas com a necessidade de elaborar melhor o saber e a vivência no serviço. Responder como a fragilidade produz potência de vida é o grande desafio na luta antimanicomial.

O processo histórico de institucionalização da SCI ocorreu em articulação com a reforma do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Esse modelo, por sua vez, passou, nas últimas quatro décadas, por uma transformação que abrange segmentos, atores e posturas sociais diversas. As práticas profissionais para produzir o cuidado, fazer a gestão e formar os profissionais foram alteradas de maneira profunda. Esse percurso não foi tranquilo, mas sim marcado por conflitos, rupturas, embates e calorosas reuniões de saberes e profissionais pensantes, questionando interesses e forças que “fazem da saúde um negócio privado” (Yasui, 2019, p.209).

Consideramos que foi por meio da SCI que os princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica se configuraram como política pública, fazendo que o modelo hospitalocêntrico, de internações e isolamento das pessoas com transtornos mentais, fosse questionado e desmontado. Dessa forma, a SCI contribuiu para dar origem a um

modelo de atendimento em liberdade, pautado na saúde como um direito social reafirmado nas conferências nacionais de saúde mental, na Lei n.10.216, “na publicação de centenas de portarias e normatizações do Ministério da Saúde, em especial a Portaria n.3.088 de 2011, que normatiza a Rede de Atenção Psicossocial (Raps)” (Yasui, 2019, p.209-210).

Tendo em vista as cenas, as imagens e as histórias narradas pelos entrevistados, entendemos que a SCI compartilha dos pressupostos éticos, técnicos e políticos, do cuidado e da humanização constitutivos da Atenção Psicossocial. Ao longo da caminhada da SCI no processo de institucionalização, ela reforçou as noções de multi(inter)disciplinaridade, projeto terapêutico singular, horizontalidade no trabalho, articulação de rede no território e inclusão da família e comunidade para ampliação dos laços sociais. Esse movimento sofreu uma guinada com a deposição, via golpe, da presidente Dilma Rousseff, em 2016. A partir daquele momento o Ministério da Saúde passou a ser tomado por representantes que atuam contra o trabalho até então realizado na Saúde Mental, na Atenção Psicossocial e no SUS.

A Emenda Constitucional n,95/2016 limitou por 20 anos os gastos públicos, impactando de maneira negativa o já fragilizado Sistema Único de Saúde. Entre as modificações trazidas pela emenda estão o retorno do hospital psiquiátrico como lugar de cuidado e a permissão da ampliação de recursos para as chamadas Comunidades Terapêuticas, além da promoção do retorno de ofertas ambulatoriais. A abstinência é foco de uma nova política aprovada pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), em 2018.

O desmonte do trabalho desenvolvido desde a década de 1980 seguiu em ritmo acelerado após a eleição de Jair Bolsonaro à presidência da República, em 2018. Poucos meses após sua posse, uma norma técnica (n.11/2019 – CGMAD/Dapes/SAS/MS) expôs as intenções de sua gestão para a saúde mental brasileira. A partir daí, a RAPS tem hospitais psiquiátricos reintegrados, entidades religiosas ganham abertura para gerenciar comunidades terapêuticas e o eletrochoque volta a ser procedimento ofertado pelo SUS. Além da

já citada abstinência para a dependência química, o governo federal atual troca o termo “substitutivo” por “complementar” para definir os serviços de atendimento como o CAPS, que agora é “complementar ao hospital psiquiátrico”.

Participação, solidariedade e compartilhamento são alguns dos valores presentes, de forma implícita, no trabalho da Atenção Psicossocial e do SUS, os quais estão sendo, à luz do dia, solapados e substituídos por valores que condizem com o viés neoliberal que impregna cada aspecto da vida das pessoas no Brasil: lucro, competição, individualismo, precarização e meritocracia. A desassistência é uma das consequências para a Saúde Coletiva, enquanto se fortalece de maneira inquestionável a ideia de que a lógica privada é eficiente, o que faz que os poucos recursos públicos destinados à saúde causem prejuízos imensos aos serviços, seus profissionais e usuários.

Considerando os retrocessos políticos relatados, alguns entrevistados destacaram que esta pesquisa apresenta não somente uma linha do tempo, como também um exercício de trazer articulações semânticas, políticas e conceituais para deixar testemunho do percurso potente da SCI. Esse percurso ainda não foi reconhecido, na totalidade de sua importância, para o processo formativo dos agentes de saúde mental. Entendemos por esses agentes todos os participantes na criação e sustentação da rede de dispositivos comunitários territoriais, também nomeados de substitutivos aos hospitais de internação manicomial. Nesse sentido, o trabalho buscou articular uma série de textos oficiais, acadêmicos e de outras fontes, construindo um mosaico de pensadores que refletem sobre a prática da SCI e incluindo, nesse mosaico, algumas entrevistas concedidas por atores imprescindíveis na história da Reforma Psiquiátrica, permitindo o olhar para a diversidade que atravessa o processo de institucionalização da SCI e possibilitando reflexões em relação aos seus diferentes aspectos.

O processo de Revisão Integrativa de Literatura (RIL) e a produção das narrativas possibilitaram aproximações com as histórias, usos e sentidos relacionados pelos entrevistados ao processo de institucionalização da SCI. Entretanto, nesse estudo, não pudemos

contemplar e incluir todos os protagonistas que compuseram o cenário de sua implementação no Brasil. Há outros participantes que poderiam ser ouvidos, de maneira que vislumbramos a necessidade de pesquisas que deem continuidade a essa escuta.

Destacamos que por meio da RIL encontramos leituras potentes sobre a SCI. Mas, com a estratégia de busca selecionada não foi possível esgotar os diversos estudos publicados. Um exemplo disso é que não se localizou e, portanto, não se selecionou as publicações que, no processo de indexação, não incluíram como descritor o termo “Supervisão Clínico-Institucional”, mas que poderiam, porventura, tratar da temática sob outro descritor. Nesse sentido, outras pesquisas poderiam realizar buscas mais amplas, com diferentes estratégias, considerando outras bases de dados.

Se, por um lado, identificamos essas limitações, por outro, vislumbramos, a partir da escuta dos entrevistados e da RIL, que a SCI é um campo marcado pela tessitura operada por atores com uma diversidade de origens teórico-conceituais. Essas diferenças não são rivais, tampouco necessariamente complementares, mas com certeza agregam ao campo uma diversidade importante e potente, uma potencialidade de fomentar as trocas e os encontros entre os atores em um campo de ação autônoma e livre, por exemplo, fóruns, clube de saberes, dentre outros espaços coletivos.

Esses espaços operariam como um lugar instituinte, que não necessariamente marcado pela chancela do Estado. Seriam lugares de gestão autônoma dos supervisores clínico-institucionais, onde se pensasse e produzisse trocas entre os protagonistas de um movimento. Nesse espaço poderíamos interrogar analisadores como a privatização do SUS por meio das OS, o enfraquecimento do SUS, o fortalecimento dos princípios da atenção psicossocial, o analisador-dinheiro, os processos formativos dos trabalhadores e outros dispositivos de educação permanente.

Diante do exposto, a relevância da pesquisa consiste em enunciar a SCI como um exercício de micropolíticas de resistência aos retrocessos. A SCI em ato é um campo de absoluta resistência ao cenário de enfraquecimento das políticas públicas (revogações). Tentativas

de ampliá-la e de capilarizar seu uso, como a Escola de Supervisores, por exemplo, reforçam sua importância como meio de construção de estratégias que visem sua permanência e fortalecimento.

Dessa forma, um dos conceitos mais marcantes da AI e que contribui para pensarmos os usos e sentidos da SCI é a análise da implicação. A implicação não é um processo apenas psíquico, tampouco inconsciente, mas de uma materialidade múltipla e variada, complexa (Baremblyt, 2012). Apesar dessa complexidade, a delicadeza é o que diferencia o trabalho em AI. Tomarmos o *lugar* que ocupamos no mundo e a partir do qual nos posicionamos, propiciando a explicitação dos conflitos, enfrentando uma pseudoneutralidade que em muito empobrece a leitura e o entendimento da realidade (Lourau, 1993). Portanto, a análise da implicação contribui para que o supervisor clínico-institucional possa corroborar e colaborar com o processo de mudança do modelo assistencial, assumindo um compromisso ético-político com a transformação da sociedade brasileira e proporcionando aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos profissionais que já atuam nesses espaços uma oportunidade de reflexão em suas próprias práticas.

De acordo com os entrevistados, de modo geral, o cenário pandêmico, com seus atravessamentos sanitários, políticos e econômicos, está marcado pela violência institucional, em que os psicólogos atuam “*afogados na consulta*”, a “*divisão do trabalho e do cuidado está fragmentada e burocratizada, e isso é um analisador*”. A *enfermagem faz o acolhimento tipo-triagem e, na reunião de equipe, encaminha para os psicólogos. O coordenador das especialidades olha para o CAPS na perspectiva de quem faz consultas. As agendas estão informatizadas e quem as organiza é o coordenador administrativo. Se há três faltas ocorre o desligamento e alta administrativa, o terapeuta nem fica sabendo*”. Os entrevistados dizem que “*Isso é passível de processo ético. É muito grave o que está acontecendo*”. Hoje o que vale é o financeiro, o “*quantitativo de consultas, não a necessidade do paciente, muito menos o vínculo*”.

Considerando uma análise da implicação da própria pesquisadora, que mesmo durante a realização do doutorado não interrompeu

os trabalhos com a SCI junto dos trabalhadores no campo da saúde mental – pelo contrário, assumiu a supervisão de novas equipes, se posicionando permanentemente com a perspectiva da responsabilidade civil, sanitária e ética – concordamos com a perspectiva trazida pelos entrevistados, na medida em que a pesquisadora, ao realizar supervisões, encontrou e encontra um cenário similar, com a marca da violência institucional descrita. A própria pesquisa fomentou o *ethos* da SCI nas ações da pesquisadora, promovendo rupturas em ações micropolíticas.

No conjunto desta empreitada, compreendemos que a Portaria n.1.174, de 7 de julho de 2005, foi um marco para a institucionalização da SCI, fomentada pelo Ministério da Saúde. Anteriormente à publicação da Portaria existiram ações financiadas pelas próprias equipes supervisionadas e publicações organizadas pela sociedade civil, as quais fomentaram movimentos instituintes da SCI, mas que até então não eram instituídos pelo poder do Estado. Posteriormente à publicação da portaria, um considerável aumento do financiamento governamental para a operacionalização da SCI em diversas regiões brasileiras ocorreu. Essa é uma marca histórica do processo de institucionalização da Supervisão no Brasil. Entrelaçando os aspectos teóricos com as narrativas de alguns dos entrevistados, a história da SCI acontece nas teias e arranjos da própria história da Reforma Psiquiátrica, diferente da ideia de que ela tenha sua nascente na portaria de 2005, embora sua institucionalização em parte pode ser entendida tendo como marco 2005. A noção de que a história da SCI acontece *pari passu* com a RP, quando nos diz que as origens da SCI remonta os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, década de 1970, referindo a influência a princípio da psicanálise argentina e, em desdobramentos posteriores da Análise Institucional de Lourau e da Filosofia da Diferença/Esquizoanálise. Nesse sentido, para ela, “a supervisão clínico-institucional não é um lugar de todos concordarem, um lugar pacífico”. O campo da SCI é um campo de tensões necessariamente um campo político, “afirmando que se toma o pêndulo da Política Pública de Saúde Mental e puxa à esquerda porque a inércia puxa para a direita”.

A partir desta pesquisa consideramos que o lugar do supervisor é exercer uma função de terceiro, uma função que opera um cuidado e cujo compromisso é enunciar o não dito para fomentar mudanças institucionais e de práticas profissionais. Para que a SCI opere com a gestão, em uma relação de composição do campo de forças, ela precisa se diferenciar com clareza dessa tarefa. Se a gestão, no âmbito da saúde, tem como objetivo ser a guardiã do pacto coletivo da equipe com os compromissos ético-políticos da atenção psicossocial, a SCI tem como função colocar em análise a implicação dos gestores, para firmar esse compromisso. Para que exerça essa função, pode lançar mão de ferramentas teórico-conceituais da AI, da psicanálise, da psicopedagogia institucional, da esquizoanálise, dentre outras. Pode também operar com a análise dos processos de trabalho, com a leitura de textos, com a discussão de casos clínicos, alinhada com ações de educação permanente, articulações intersetoriais, dentre outras.

Torna-se imperativa a configuração de dispositivos formativos que sustentem o cuidado no cotidiano das práticas na clínica da Atenção Psicossocial, entendendo que a SCI ocupa um lugar clínico e político estratégico, sustentando a dimensão do modelo de horizontalidade preconizado pela política do CAPS e, em sua diversidade de saberes, permeando a circulação do não-saber, também mantendo a dimensão da singularidade e implicando todos os atores envolvidos na cena clínico-institucional. Ainda, articulando questões institucionais que complexificam a dimensão clínica nos CAPS, considerando as noções de sujeito, serviço, território e rede, fortalecendo a diversidade de saberes na construção de casos clínicos, considerando as particularidades de cada sujeito como forma de condução do trabalho, situando-o na relação entre a clínica e a política, integrando e considerando as dimensões de si mesma na construção do serviço por meio da supervisão, da integração entre equipe de cuidado e da construção do projeto terapêutico, assim articulando sujeito, rede, território e autonomia (Albuquerque, 2013).

Explorando a dimensão didático pedagógica do exercício da análise da implicação quando efetuado com a SCI, o supervisor Clínico-Institucional ocupa o lugar estratégico entre a clínica e a política,

sustentando a dimensão do modelo de horizontalidade preconizado pela política do CAPS em sua diversidade de saberes e permeando a circulação do não-saber, mantendo a dimensão da singularidade e implicando todos os atores envolvidos na cena clínico-institucional.

Entendemos que há impasses quanto ao modo como a SCI, em seu processo histórico, é ou não financiada pelo Estado, o que denominamos analisador-dinheiro. Esse tema é pertinente à medida que coloca em questão as condições de possibilidade do exercício da SCI como atuação profissional autônoma, por definição.

É crescente o número de profissionais que escolhem atuar como supervisor clínico- institucional. O que se coloca em questão é a condição de possibilidade de que a SCI seja um ofício. Seria possível? Vislumbramos, aqui, que a necessidade de meios formais de financiamento que não o pagamento direto e individual por parte das equipes ao supervisor. Para a pesquisadora, essa é uma questão fundamental na medida em que, em seu exercício profissional como supervisora clínico-institucional, vivencia diferentes formas de contratação. O dinheiro, como um marcador cultural de legitimidade, configura uma condição para a vinculação do supervisor às equipes, mesmo aqueles que possuem vínculo institucional com a universidade, por ela recebendo o pagamento pelas atividades de extensão e produção de conhecimento. Consideramos que a utilização das narrativas como meio de produção de conhecimento aponta que a ciência e a pesquisa devem ser transversalizadas pela macro e micropolítica (Deleuze; Guattari, 1996). A macropolítica é a insistência na redução da vida ao que é conhecido de maneira racional, enquanto a micropolítica se desenvolve no que escapa a essa lógica, no lugar onde se desenvolvem opressões ou deslocamentos criativos. Dessa forma, ao colocar em questão a história, os usos e sentidos da SCI, pudemos fazer dessa pesquisa um dispositivo para acompanhar a dimensão processual da institucionalização da SCI no Brasil. “Essa possibilidade envolve sustentar um plano de indagação que provoque o pensar, uma dobra sobre si mesmo que agencie a vida de maneira processual e singular em conexão com o ato de pesquisar” (Romagnoli; Paulon, 2014, p.10).

Os questionamentos, no entanto, não podem parar no âmbito geral, devem acontecer nas entrelinhas e situações menores, específicas, pois como toda prática analítica, pensar a história, os usos e sentidos da SCI é um exercício de “situar e relativizar sua ação [...] opondo-se passo a passo aos hábitos repressivos, ao burocratismo, ao maniqueísmo moralizante que contaminam atualmente os movimentos revolucionários” (Guattari, 1987, p.176).

POSFÁCIO

Elizabeth Lima

Disete Devera nos presenteia, neste livro de valor inestimável, com histórias de vidas que enfrentam o poder. Apresentado inicialmente como tese de doutorado em 2021 – durante os anos sombrios da pandemia de Covid-19, que em nosso país foi acompanhada pelo descaso de um governo que minimizou os efeitos humanos do espreado do vírus, desmantelou o SUS e criou uma polarização entre saúde e economia – esse texto se faz ato político por meio de uma reflexão enraizada no presente.

Esse enraizamento da pesquisa no contexto sociopolítico e cultural em que foi produzida, faz do texto um registro histórico importante que revela o quanto a crise institucional, ética, política e ambiental que vivíamos então, e que não foi ainda superada, impacta todos os campos da vida.

A pesquisa respondeu, assim, à urgência do seu tempo ao olhar para as práticas diretamente afetadas por uma forma de gestão da saúde que ameaçava fazer retroceder todos os avanços obtidos nos anos anteriores pela Reforma Psiquiátrica brasileira. E se estamos hoje num contexto histórico um pouco menos assustador, a defesa da democracia e o combate à fragilização do SUS permanecem como tarefas urgentes e necessárias. É a elas que Disete responde ao registrar e sistematizar narrativas, usos e sentidos da Supervisão

Clínico-Institucional, sua participação na construção do Sistema Único de Saúde brasileiro, sua importância para a consolidação dos princípios do paradigma da Atenção Psicossocial, seu papel clínico-formativo e sua dimensão clínico-política.

Ao ir ao encontro dos protagonistas da construção da Supervisão Clínico-Institucional no Brasil, Disete fez uma aposta na vida que pode ser encontrada em uma pesquisa que se volta para as práticas e para a memória. E o que emerge daí é uma história viva da SCI na sua intrincada relação com a Reforma Psiquiátrica brasileira. A construção dessa história e a forma como se deu essa construção é uma valiosa intervenção no plano de produção da SCI, e também nas tentativas de apagamento e desestabilização desse plano.

Nessa história, a memória não tem somente uma dimensão individual. O trabalho de reconstrução acaba por revelar uma memória coletiva, de modo que se evidenciam as relações inextrincáveis entre os sujeitos singulares, a política e a história, já que nenhuma lembrança pode coexistir isolada de uma comunidade ou grupo social. Como nos ensina Hannah Arendt, a história em que cada um de nós se engaja durante toda a vida, não tem criador visível nem invisível. Ela é produto das múltiplas interações entre as gentes e, portanto, o que ela revela é esse conjunto de interações e as linhas de singularidade. A pesquisa constrói, assim, essa paisagem coletiva, fazendo ver o sentido das ações que se revelou para você como narradora dessa história, a partir de um olhar retrospectivo.

Ao acompanhar essa história vamos vendo que, como você diz, *“desde o princípio da criação dos serviços substitutivos no Brasil e da Política de Saúde Mental, a SCI sempre esteve presente, de maneira formal ou informal, como demanda e necessidade das equipes para interrogar suas práticas – ferramenta importante na interface entre clínica, gestão e política”*.

É por isso que seu trabalho é tão precioso. Ele nos mostra que a história da SCI se fez junto com a história da luta pela legitimação e consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e foi, portanto, indispensável para a Reforma Psiquiátrica e para a implementação dos

serviços comunitários territoriais. E, ainda, que as equipes interprofissionais, e seu vínculo com usuários, familiares e comunidade, são instrumento privilegiado para as intervenções em saúde mental. Revela-se, assim, o vínculo e a escuta no cerne da SCI, o que permite articular a clínica à análise das instituições no enfrentamento dos instituídos, na sua dimensão política, e visualizar uma linha de continuidade entre equipe e usuário. Nessa interface entre o clínico e o institucional, a análise dos processos de trabalho fomentados se desdobra na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares e na invenção de uma clínica do cotidiano que contempla o sofrimento existencial dos sujeitos e sua relação com o corpo social.

Assim vemos que, como toda prática analítica, pensar a história, os usos e sentidos da SCI é um exercício de situar e contextualizar as formas que essa prática ganha a cada situação concreta, evitando generalizações e opondo-se ao burocratismo e às cristalizações que querem transformar formas de fazer em modelos de ação.

O trabalho não se encerra, mas abre para novas indagações, pois como diz Disete, “como toda prática analítica, pensar a história, os usos e sentidos da SCI é um exercício de “situar e relativizar sua ação [...]”, o que envolve sustentar um plano de questionamentos que provoque o pensar, indissociável da vida e de seus processos sempre renovados, e de um compromisso político. E a política, no sentido forte, talvez seja sempre um grande tubo de oxigênio, que nos permite buscar formas de superar o sufoco e, finalmente, respirar.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S; PALOMBINI, A. L. Supervisão em CAPS: uma abordagem psicanalítica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.32, n.3, p.716-729, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300015>. Acesso em: 10 ago. 2021.
- ALBUQUERQUE, D. D. da R. *Do escudo ao escuto: contribuições da supervisão clínico-institucional para a interface psicanálise e saúde mental em CAPS AD*. Recife, 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de Pernambuco. Disponível em: <http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/191>. Acesso em: 19 ago. 2021.
- ALVAREZ, P. E. S. Supervisão clínico-institucional: refletindo os princípios da Reforma Psiquiátrica. In: CONGRESSO VIRTUAL DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 3, 2014, São Paulo. *Anais...* São Paulo: [s.l.], 1994. Disponível em: https://www.convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/2014_61_9492.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. (Org.). *Fim de século: Ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p.47-55.

- AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p.45-66.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, C. A. *Supervisão coletiva: uma clínica da clínica*. Niterói, 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/2014_d_CamilaAndrade.pdf. Acesso em: 13 ago. 2021.
- ATENÇÃO. In: MICHAELIS, Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/aten%-C3%A7%C3%A3o/>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- ÁVILA, L. A. A psicanálise das configurações vinculares e a supervisão de equipes de assistência social. *Vínculo-Revista do NESME*, v.10, n.2, p.1-6, 2013.
- BABINSKI, T.; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v.13, n.4, p.568-576, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000400009>.
- BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Belo Horizonte: FGB/IFG. 2012.
- BARLETA, C. M. B. *Supervisão clínico-territorial: um dispositivo de transmissão e formação de equipes de atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, 2015. Tese (Doutorado em Pesquisa Clínica em Psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/14570>. Acesso em: 20 ago. 2021.
- BARROS, S. *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub judice*. São Paulo, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- BARROS, R. B. Institucionalismo e dispositivo grupal. In: RODRIGUES, H. C. B.; ALTOÊ, S. (Org.). *SaúdeLoucura 8: Análise Institucional*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Pista 8: por uma política da narrativa In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

- BORGES, R. A. C. et al. O trabalho de supervisão como dispositivo de transformação das práticas psicossociais em Saúde Mental. *Saúde em Debate* v.33, n.82, p.264-272, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341771009>. Acesso em: 10 de ago. 2021.
- BRAGA, C. Reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: SEMINÁRIO NACIONAL WAPR-Brasil. 2021. [s. l.]. [Online]. [Canal NUPPSAM / IPUB / UFRJ]. Disponível em: <https://youtu.be/LT-VdCl5q7A> >. Acesso em: 16 jun. 2021.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal 1988.
- BRASIL. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1987.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n.647, de 11 de novembro de 2008*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria SAS/MS n.224, de 29 janeiro de 1992*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
- BRASIL. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1994.
- BRASIL. *Lei n.10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental. Brasília: Senado Federal, 2001.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n.336 de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.
- BRASIL. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002b.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n.1.174/GM de 7 de julho de 2005*. Brasília: Diário Oficial da União, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Inter-setorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n.3.088 de 23 de dezembro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental em dados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>. Acesso em: 14 alguma coisa 2021b.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Ministério da Saúde investe mais de R\$ 65 milhões na ampliação da rede de saúde mental*. Brasília: Ministério da

- Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-investe-mais-de-r-65-milhoes-na-ampliao-da-rede-de-saude-mental>. Acesso em: 25 set. 2021.
- BRÊDA, M. Z.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; Ribeiro, M. C. A escola de supervisores clínico-institucionais: estratégias de formação para humanização e qualificação das práticas de atenção psicossocial. *Psicologia & Saberes*, v.4 n.5, 2015. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/765>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- BROIDE, E. E. Porosidades clínicas: diálogo entre a psicanálise e a saúde coletiva. In: BROIDE, J.; BROIDE, E. E. *A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções*. São Paulo: Escuta, 2013. p.466.
- BROIDE, J. A transferência e o território: algumas considerações. In: BROIDE, J.; BROIDE, E. E. *A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções*. 2.ed. São Paulo: Escuta, 2016. p.192.
- BROIDE, J.; BROIDE, E. E. *A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções*. 2.ed. São Paulo: Escuta, 2016.
- CAMPOS, G. W. de S. (Org.). *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, R. O. *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- CERQUEIRA, L. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. São Paulo: Livraria Atheneu, 1984.
- CERVO, A. et al. *Metodologia científica*. São Paulo: Person, 2007.
- CHUNG, V. M. N. V.; MENDONÇA, G. C.; VELOSO, V. G. M. Quando a instituição leva em consideração a subjetividade do paciente. *CliniCAPS*, v.11, p.5, 2010. Disponível em: https://clanicaps.com.br/clinicaps_revista_11_relato.html. Acesso em: 10 ago. 2021.
- COIMBRA, C. M. B. A supervisão institucional como intervenção sócio-analítica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.9, n.1, 2012 [1989]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931989000100008>. Acesso em: 9 ago. 2021.
- COIMBRA, C.; NASCIMENTO, M. L. do. Análise de implicação: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: GEISLER, A. R. R.; ABRAHÃO, A. L.; COIMBRA, C. (Org.). *Subjetividade, violência e direitos humanos*. Niterói: EDUFF, 2008.
- CORDEIRO, L., GODOY, A., SOARES, B. C. A supervisão como processo educativo: Construindo o paradigma de redução de danos emancipatória com uma equipe de CAPS-AD. *Cadernos Brasileiros de Terapia*

- Ocupacional*, v.22, supl. esp., p.153-159, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.040>. Acesso em: 13 ago. 2021.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- COSTA-ROSA, A. *Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Unesp, 2013.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p.13-44.
- COSTA, R. B. *A supervisão clínico-institucional em análise: a narrativa de uma experiência*. Niterói, 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal Fluminense. Disponível em: <http://eeaac.uff.br/wp-content/uploads/sites/233/2020/06/ROBERTA-BEZERRA-COSTA.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021..
- COUTINHO, A. R. *Da transferência à transversalidade: o devir dos conceitos e a variação do plano da clínica*. Niterói, 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense.
- COUTINHO, A. R.; MEDEIROS, E.; TRINDADE, T. F. Supervisão em grupo: considerações sobre um dispositivo clínico-institucional. *Mnemosine*, v.8, n.2, p.24-50, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/339237288_Supervisao_em_grupo_consideracoes_sobre_um_dispositivo_clinico-institucional. Acesso em: 10 ago. 2021.
- DELEUZE, G. *Crítica e clínica*. 2.ed. São Paulo: Editora 34, 2011.
- DELEUZE, G.; GUATARRI, F. *Mil Platôs – Capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1977. v.1.
- DELEUZE, G.; GUATARRI, F. *Mil Platôs – Capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. v.3.
- DELGADO, P. G. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. *Cadernos IPUB (UFRJ)*, v.14, p.113-122, 1999.
- DELGADO, P. G. Supervisão clínico-institucional: Conceito & história. In: NUNES FILHO, A. (Org.). *Supervisão em saúde mental*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2013. p.18-27.
- DELGADO, P. G. Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfgsDK7bkn/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2020.

- DESPRET, V. Leitura etnopsicológica do segredo. *Fractal: Revista de Psicologia* [online], v.23, n.1, p.5-28, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922011000100002>.
- DEVERA, D. *A Reforma Psiquiátrica no interior do estado de São Paulo: psiquiatria reformada ou mudança paradigmática?* Assis, 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho”. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97623/devera_d_me_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 28 nov. 2021.
- DEVERA, D., COSTA-ROSA, A. da. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da Unesp*, v.6, n.1, p.60-79, 2007. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewArticle/46/87>. Acesso em: 28 nov. 2021.
- DUNKER, C.; SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR., N. da. (Org.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. São Paulo: Autêntica, 2021.
- FAGUNDES, S. et al. *Atenção básica em produção: tessituras do apoio na gestão estadual do SUS*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde).
- FARIA, J. G. *Supervisão e atenção psicossocial: um encontro necessário da clínica com a instituição*. Florianópolis, 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188783>. Acesso em: 21 ago. 2021.
- FARIA, J. G., SCHNEIDER, D. R. Supervisão Clínico-Institucional: uma retrospectiva programática. *Saúde & Transformação Social*, v.11, n.2, p.58-66, 2020. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/5498/567>. Acesso em: 19 ago. 2021.
- FERREIRA, T.; GOYATÁ, F. A Supervisão Clínico-Institucional: dos riscos e das possibilidades. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental* 3. Saúde mental: os desafios da formação. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010a. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/caderno_SM3_Os_desafios_da_formacao.pdf. Acesso em: 23 set. 2021.
- FERREIRA, A. F.; GOYATÁ, F. J. R. A supervisão e o supervisor clínico – Institucional dos riscos presentes e das possibilidades. *Revista Clinicaps* [online], n.12, 2010. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1R-0-9M8o5vk9gIjj4kiJQOM_P47YUVGF/view. Acesso em: 29 abr. 2014.
- FIGUEIREDO, G. R. *A evolução do hospício no Brasil*. São Paulo, 1996. Tese (Doutorado em Medicina) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

- FINELLI, L. A. C. et al. A supervisão clínico-institucional na percepção dos profissionais de um CAPS-AD. *Revista Bionorte*, v.5, n.2, p.93-104, 2016. Disponível em: http://www.revistabionorte.com.br/arquivos_up/artigos/a61.pdf. Acesso em: 28 nov. 2012.
- FISCH, M. A. P. de. Supervisão clínico-institucional e atuação do psicanalista. *Percurso*, ano 1, n.12, p.97-103, 1994. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1m1vkydhanaldICcL-icarT-ofWLOcdFq/view>. Acesso em: 27 nov. 2021.
- FLEMING, M. *Ideologias e práticas psiquiátricas*. Porto: Afrontamento, 1976.
- FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p.243-327.
- FOUCAULT, M. Genealogia e poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 20.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004. p.167-177.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. 42.ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- FREUD, S. *Psicologia das massas e análise de eu e outros textos (1920-1923)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- GUATARRI, F. *A revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- GALLIO, G.; CONSTANTINO, M. Françoise Tosquelles: A escola de liberdades. In: LANCETTI, A. (Org.). *SaúdeLoucura 4: Grupos e coletivos*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- HUR, D. U. Guattaria e ecosofia. *Revista Psicologia Política*, São Paulo, v.15, n.33, p.423-430, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2015000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 nov. 2021.
- IMPLICAÇÃO. In: MICHAELIS, Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/implica%-C3%A7%C3%A3o/>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Ed.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.55-59.
- KINKER, F. S.; MOREIRA, M. I. B. Abertura de possíveis no cuidado em saúde mental, em momentos de crise. *Saúde Debate*, v. 45, n.128, p.178-190, 2021.
- KOSSOVITCH, E. A. Biografema de Mário de Andrade: do plural. *Trans/Form/Ação* [online], v.9-10, p.57-85, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-31731987000100007>. Acesso em: 23 nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-31731987000100007>.

- KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- L'ABBATE, L. Análise institucional e educação em saúde: um diálogo produtivo. *Boletim do Instituto de Saúde*. São Paulo, n.34, p.6-9, dez. 2004. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/37570/35620>. Acesso em: 9 dez. 2024.
- LAPASSADE, G. *Grupos, organizações e instituições*. 3.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.
- LEAL, M. E. A Formação do supervisor de CAPS: três lições extraídas do processo de implantação da rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. In: ALBUQUERQUE, P.; LIBÉRIO, M. (Org.). 12 anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro. *Revista da Escola de Saúde Mental*, ano 1, n.1, 2008.
- LEMOS, P. M. *Considerações éticas sobre o Centro de Atenção Psicossocial no contexto cearense: o olhar do supervisor clínico-institucional*. Fortaleza, 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/6816/1/2012-DIS-PMLEMOs.pdf>. Acesso: 19 ago.2021.
- LOPES, C. M. *Supervisão de saúde mental no programa médico de família de Niterói: uma ferramenta de inclusão da saúde mental na atenção básica*. São João Del Rei, 2020. Dissertação (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de São João Del Rei. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Dissertacao%20Carmen%20Lopes%20Final%20Corrigida.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2021.
- LOURAU, R. *René Lourau na UERJ: Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Eduerj, 1993.
- LOURAU, R. *A análise institucional*. 2.ed. rev. Petrópolis: Vozes, 1995 [1970].
- LOURAU, R. Implicação e Transdução. In: ALTOÉ, S. (Org.). *Analista Institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- LOURAU, R. Pequeno manual de análise institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau – Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004a, p.122-127.
- LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau – Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004b.
- MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MANNONI, M. Risco e possibilidade da supervisão. In: STEIN, C. et al. *A supervisão na psicanálise*. Trad. Eliana Borge Pereira Leite. São Paulo: Escuta, 1992. p.37-39.

- MANNONI, M. *A primeira entrevista em psicanálise*. 12.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.
- MELMAN, J. *Família e doença mental: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2006.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.17, n.4, p.758-64, 2008.
- MERHY, E. E. A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Org.). *Análise institucional e saúde coletiva*. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p.579-596. v.1.
- MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal: Revista de Psicologia* [online], v.20, n.1, p.19-26, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000100007>.
- OLIVEIRA, J. A. M.; PASSOS, E. Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na Rede de Atenção Psicossocial. *Polis e Psique*, v.2, n. temático, p.171-187, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40326>. Acesso em: 12 ago. 2021.
- OLIVEIRA, J. A. M.; RODRIGUES, H. de B. C. Uma política de aliança intensiva na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)1. *Tempos Gerais – Revista de Ciências Sociais e História da UFSJ*, n.2, p.126-143, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/temposgerais/article/view/1437/1078>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- ONOCKO-CAMPOS, R. *Psicanálise e saúde coletiva: Interfaces*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- OURY, J. *O coletivo*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009 [1986].
- PACHECO, S. R. G. A experiência da supervisão clínico-institucional realizada por uma terapeuta ocupacional em território do município do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL; CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS, DO FINANCIAMENTO À PRÁTICA, 14, 2015, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Estado do Rio de Janeiro, 2015, p.97. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/download/4927/3597>. Acesso: 17 ago. 2021.
- PENKALA, F.; SOARES, M. S.; REMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. A escola de supervisores clínico-institucionais do estado do Maranhão: a narrativa de uma experiência. In: SUDBRACK, M. F. O.; CONCEIÇÃO, M. I. G.; ADORNO, R. (Org.). *Abramd: compartilhando saberes e construindo fazeres*. Brasília: Technopolitik, 2018. v.2. Disponível em:

- <https://drive.google.com/file/d/19-6KVL44thrYbhnYYHW44Der-QpOG3G9S/view>. Acesso em: 27 nov. 2021.
- PALOMBINI, A. L. Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento. In: PALOMBINI, A. L. et al. *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*, 2004. 152p.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.16, n.1, p.71-79, 2000.
- PAULON, S. M. *O virtual como dispositivo na clínica institucional*. 2002. Disponível em: http://www.geocities.ws/instituinte/simonepaulon_ovirtual-comodispositivonaclinicaainstitucional.htm. Acesso em: 28 nov. 2021.
- PEREIRA, M. E. C. *Pinel* – A mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, ano 7, n.3, p.113-116, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n3/1415-4714-rlpf-7-3-0113.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- PICHÓN-RIVIÈRE, E. *Teoria do vínculo*. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- PIRES, R. R.; MENDES, M. Z. A. D. A formação do supervisor clínico-institucional: a experiência de um percurso. *Cadernos ESP/CE*, v.7, n.1, p.59-67, 2019. Disponível em: <http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/76>. Acesso em: 13 ago. 2021.
- PITTA, A. Reabilitação psicossocial no Brasil. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.158.
- PITTA-HOISEL, A. M. *Sobre uma política de saúde mental*. São Paulo, 1984. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo
- PRANDINI, N. R. *Proposta de implementação da supervisão clínico-institucional em um CAPS III da cidade de Curitiba-PR*. Curitiba, 2019. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão da Saúde) – Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/60335>. Acesso em: 23 ago. 2021.
- REABILITAÇÃO. In: MICHAELIS, Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/reabilita%C3%A7%C3%A3o/>. Acesso em: 28 nov. 2021.
- RESENDE, H. Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. do R. (Org.). *Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.
- RIBEIRO, M. C.; SILVA, D. F. O tratamento do objeto da segregação pela supervisão clínico-institucional. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 8 e 14, Rio de

- Janeiro, 2020. *Anais...* Rio de Janeiro: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, 2020. [Mesa Redonda: Objetividade e Clínica Psicanalítica]. Disponível em <http://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Daniel-Fabricio-da-Silva-O-tratamento-do-objeto-da-segregac%C3%A7%C3%A3o-pela-supervisa%C3%83o-cl%C3%81nico-institucional-ATUALIZADO.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2021.
- ROCHA, M. L. da.; AGUIAR, K. F. de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.23, p.64-73, 2003.
- RODRIGUES, H. B. C. *As subjetividades em revolta*: institucionalismo francês e novas análises. Rio de Janeiro, 1994. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- RODRIGUES, H. B. C. Um anarquista catalão: aventuras do freudo-marxismo na França. *Cadernos de Psicologia IP/UERJ*, Rio de Janeiro, v.8, p.151-170, 1998. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178700X201400100009&lng=p-t&nrm=iso. Acesso em: 26 set. 2021.
- ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia & Sociedade* [online], v.26, n.1, p.44-52, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100006>.
- ROMAGNOLI, R. C.; PAULON, S. M. Escritas implicadas, pesquisadores implicantes: notas sobre os destinos da subjetividade nos desatinos da produção científica. In: DIMENSTEIN, M. L. J. (Org.). *Psicologia em pesquisa*: cenários de práticas e criações. Natal: Editora da UFRN, 2014. p.23-42.
- ROSSANO, L. Reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: SEMINÁRIO NACIONAL WAPR-BRASIL, 2021. [s. l.]. [online]. [Canal NUPPSAM / IPUB / UFRJ]. Disponível em: <https://youtu.be/LT-VdCl5q7A>. Acesso em: 16 jun. 2021.
- ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Revista Epos*, v.5, n.1, p.156-181, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178. Acesso em: 26 set. 2021.
- ROTELLI, F. et al. A instituição inventada. *Desinstitucionalização*, v. 2, p.89-99, 1990.
- ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.20, n.2, p.6-7, 2007.
- SADE, C.; MELO, J. A política de narratividade na pesquisa-intervenção participativa. *Saúde e Sociedade* [online], v.28, n. 4, p.49-60, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190695>.

- SAMPAIO, J. J. C.; CARNEIRO, C. Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral-CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas. *SANARE*, v.6, n.2, p.7-25, 2007. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/149>. Acesso em: 9 ago. 2021.
- SANTOS, G. L. G. *Sobre discursos e práticas: a reabilitação psicossocial pelo “olhar” dos técnicos de referência de um CAPS da Região Metropolitana de Recife*. Recife, 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8261/1/arquivo3599_1.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.
- SANTOS, P. A. C.; SOUZA, A. V. M.; SANTOS, V. S. O conceito de implicação em práticas da análise institucional contemporânea. In: COLÓQUIO EDUCAÇÃO E CONTEMPORANEIDADE, 5, 2011. São Cristóvão. *Anais eletrônicos...* São Cristóvão: Educon, 2011. Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/504>. Acesso em: 9 dez. 2024.
- SANTOS, R. G. H.; CAMPOS, R. O. Ambiência em um CAPS infanto-juvenil: a experiência de um Coletivo brincante. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v.7, n.15, p.41-52, 2015. Disponível em: <http://stat.saudee-transformacao.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2187>. Acesso em: 17 nov. 2021.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*, v.2, p.13-18, 1996.
- SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. In: SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá, 1999. p.176.
- SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2.ed. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; Belo Horizonte: Te Corá, 2001.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. M. F. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016. p.193-198.
- SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. *Manual de saúde mental*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SEGANFREDO, G. de F. C.; CHATELARD, D. S. Das Ding: o mais primitivo dos êxtimos. *Cadernos de Psicanálise*, v.36, n.30, p.61-70, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952014000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 nov. 2021.
- SEVERO, A. K. de S. A institucionalização da supervisão na Reforma Psiquiátrica brasileira: (re)produção de controle e desvios junto às equipes de saúde

- mental. Campinas, 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas.
- SEVERO, A. K. de S.; L'ABBATE, S.; CAMPOS, R. T. O. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.18, n.50, p.545-556, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0520>. Acesso em: 16 nov. 2021.
- SILVA, D. R. Atenção psicossocial. Processo de humanização dos excluídos. In: CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS: CLÍNICAS LÓGICAS COLECTIVAS, DEVENIRES, RESISTÊNCIAS, 9, 2011, Buenos Aires. *Anais...* Buenos Aires: Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, 2010. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1S_-UhHq1S7cQf_M9MVWLVD-JjZVW5WrbE/view. Acesso em: 21 nov. 2021.
- SILVA, G. M. da. Processo de trabalho do supervisor clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na percepção dos supervisores. Santa Maria, 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/10297>. Acesso em: 19 ago. 2021.
- SILVA, G. M. da et al. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.15, n.2, p.309-322, jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n2/07.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- SILVEIRA, A. R. A rua de cada um. *Revista Eletrônica do IPSM-MG – Almanaque*, n.23, 2021. Disponível em: <http://almanaquepsicanalise.com.br/a-rua-de-cada-um/>. Acesso em: 27 ago. 2021.
- SOUSA, P. S. de M. e. A *inserção da psicanálise na saúde mental da Reforma Psiquiátrica brasileira*: possibilidades e desafios. Brasília, 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6501/1/2010_PaulaSteindeMeloeSousa.pdf. Acesso em: 27 nov. 2021.
- SOUSA, M. M. Atuação Interdisciplinar no SUS: experiência de apoio institucional no CAPS de Horizonte – Ceará. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11, 2014, Botucatu. *Anais...* Botucatu: Rede Unida, 2014 [*Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, supl. 3]. Disponível em: <http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/3840>. Acesso em: 12 ago. 2021.

- STEFFEN, A. *Supervisão clínico-institucional: relato de experiência*. Florianópolis, 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/167194>. Acesso em: 23 ago. 2021.
- STEIN, C. Em que lugar, em que enquadre, para que fins falar de seus pacientes? In: STEIN, C. et al. *A supervisão na psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1992, p.15-35.
- STELLA, N. R. *Sofrimento, vulnerabilidade e resiliência de trabalhadores em saúde mental: reflexões do cotidiano*. Florianópolis, 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/168496>. Acesso em: 20 ago. 2021.
- VASCONCELOS, A. Os desafios da supervisão clínico-institucional. *Boletim da Escola Brasileira de Psicanálise. A Diretoria na Rede. Territórios Lacanianos*, n. 13, 2015.
- VENANCIO, A. T., LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. (Org.). *O campo da atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Baságlia; Belo Horizonte: Tê Corá Editora, 1997.
- VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista Diálogo Educacional*, v.14, n.41, 2014. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/dialogoeducacional/article/view/2317/2233>. Acesso em: 27 nov. 2021.
- YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. *SaúdeLoucura*. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 1999. p.47-59.
- YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro, 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz.
- YASUI, S. Vestígios, desassossegos e pensamentos soltos: atenção psicossocial e a Reforma Psiquiátrica em tempos sombrios. Assis, 2016. Tese (Livre Docência) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
- YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. et al. *Saúde-Loucura*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2018.
- YASUI, S. Apostas em uma atenção psicossocial menor. In: EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. (Org.). *SaúdeLoucura 10 – Tessituras da clínica: itinerário da Reforma Psiquiátrica*. v.1. São Paulo: Hucitec, 2019. p.209-231.
- YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia de atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, v.32, n.78/79/80, p.27-37, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2021.

SOBRE O LIVRO

Tipologia: Horley Old Style 10,5/14
1ª Edição Cultura Acadêmica: 2024

EQUIPE DE REALIZAÇÃO

Coordenação Editorial
Marcos Keith Takahashi (Quadratim)

Edição de texto
Lucas Lopes

Editoração eletrônica
Arte Final

